

Autor: Valter Miguel Serpa dos Santos

Título: Importância da comunicação na prática clínica veterinária

Orientador: Professora Doutora Margarida Alves

Dissertação de Mestrado em Medicina Veterinária defendida em provas públicas na Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias no dia 8 de Julho de 2015 perante o júri, nomeado pelo Despacho de Nomeação n.º275/2015 de 30 de Junho

Júri: Presidente Professora Doutora Laurentina Pedroso

Arguente Professora Doutora Teresa Flores

Orientadora Professora Lara Alves

Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias

Faculdade de Medicina Veterinária

Lisboa 2015

VALTER MIGUEL SERPA DOS SANTOS

**IMPORTÂNCIA DA COMUNICAÇÃO NA PRÁTICA
CLÍNICA VETERINÁRIA**

**Dissertação apresentada para a obtenção do Grau
de Mestre em Medicina Veterinária no Mestrado
Integrado em Medicina Veterinária conferido pela
Faculdade de Medicina Veterinária da Universidade
Lusófona de Humanidades e Tecnologias
Orientador: Professora Doutora Margarida Alves
Co-Orientador: Mestre Lara Alves**

**Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias
Faculdade de Medicina Veterinária**

**Lisboa
2015**

"Se falares a um homem numa linguagem que ele compreenda, a tua mensagem entra na sua cabeça. Se lhe falares na sua própria linguagem, a tua mensagem entra-lhe diretamente no coração."

Mandela, Nelson.

"Comunicação é a arte de ser entendido."

Ustinov, Peter

Aos meus pais por todos os sacrifícios que fizeram
para que este dia se tornasse uma realidade.

Agradecimentos

À professora Lara Alves, por todo o apoio e tempo dedicado a esta dissertação, por toda a boa disposição e conhecimentos transmitidos.

À Doutora Margarida Alves pela ajuda na dissertação.

Ao Professor Mauro Bragança pela colaboração na elaboração desta dissertação.

À Professora Doutora Laurentina Pedroso, por todo o apoio ao longo do curso.

A todos os professores que me formaram tanto a nível pessoal como a nível profissional, nomeadamente aos Professores Nuno Cardoso, Marta Costa, Gonçalo Graça, Rui Onça, Pedro Faísca, Rui Bernardino, Stelio Luna Alfredo Lima e a tanto outros.

Aos meus pais por todo o apoio ao longo do meu percurso académico e de toda a minha vida.

À mulher da minha vida por toda a pressão saudável que fez para que tornasse esta tese uma realidade.

À minha irmã por todo o apoio e carinho nos momentos difíceis.

À Família Alvarez por me incentivarem sempre e acreditarem em mim.

Aos meus amigos António Mieiro, Sofia Lança, Patrícia Ângelo, Inês Maia, Diogo Meireles, Bruno Ribeiro, Fábio Correia e a tantos outros que me acompanharam nesta travessia.

À Carina Ferreira pela compreensão, ajuda e companheirismo revelado ao longo da faculdade e estágio.

À família Vetoeiras, ao Dr. Luís Chambel por ser um exemplo a seguir a nível pessoal e profissional; ao Dr. Rui por todos os ensinamentos, todo o apoio e por acreditar em mim; à auxiliar Paula por ser a pessoa que é e por todo o amor que dedica aos animais; à auxiliar Jenny por todo o apoio e por todos os momentos divertidos; à Dra. Cláudia e à Dra. Telma por termos crescido juntos; à enfermeira Ana Lúcia pela força, pela confiança e por ser uma força da natureza; à enfermeira Inês pela sua paciência e disponibilidade; à Dra. Erica pela sua alegria contagiante; à Dra. Sara pelos conselhos e à colega de estágio Patrícia Guerreiro por tudo o que me ensinou.

À minha madrinha académica pela pessoa espetacular que é, pelo apoio, conselhos e espírito académico.

Ao Dr. Miguel Caninhas por todos os conselhos ensinamentos e incentivo.

A todos vós, o meu muito obrigado.

Resumo

Sendo impossível praticar clínica sem comunicar e sabendo que toda a comunicação tem consequências, é fundamental que os veterinários tenham consciência de que todos os seus comportamentos têm impacto nos seus clientes e nos profissionais que os rodeiam. Assim sendo, este trabalho foi realizado numa tentativa de entender os fatores que influenciam a importância atribuída à comunicação. Este estudo foi realizado com uma amostra de 144 inquéritos, obtidos através de um questionário *on-line* disponibilizado aos centros de atendimento médico veterinário.

No presente trabalho os inquiridos referiram sempre a comunicação como tendo uma “importância elevada”; porém, este fator mostrou-se sempre independente de todas as variáveis testadas, talvez devido à aleatoriedade das respostas, comprovada estatisticamente.

Devido ao enviesamento dos resultados, foi impossível validar se a independência das variáveis realmente se verifica.

Palavras-chave: Comunicação; Clínica; inquérito; Saúde; Veterinária

Abstract

Being impossible to use practice without communicating and knowing that all communication has its consequences, it's essential that veterinarians have in mind that their behavior has an impact on their clients and on the professionals who surround them. So, this work was made in an attempt to understand the factors that influence the importance concerning communication. This study was performed with a sample of 144 surveys obtained through an on-line questionnaire available to the center of veterinarian care.

In this work the respondents always referred communication as having a “high importance”, although this factor appeared independent off all variables tested, maybe due to the randomness of the answers statistically verified.

Because of the bias of the results it was impossible to validate if the independence of the variables is confirmed.

Keywords: Communication; Practice; Survey; Health; Veterinary

Abreviaturas

CMM – Modelo de gestão de significados (do inglês “Coordinated Management of Meaning”)

TDAH - Transtorno do Deficit de Atenção com Hiperatividade

DUDA - Declaração Universal para os Direitos dos Animais

CAMV - Centros de Atendimento Medico Veterinário

S – Desvio Padrão

p –valor de Sig. - Valor de significância

Sig. – Valor de significância

Índice

1.1.	A comunicação humana	13
1.1.5.	Modelo de Gestão Coordenada de Significados (CMM)	18
1.2.	Componentes da comunicação	20
1.2.4.	O corpo, os gestos e os movimentos na comunicação	25
1.3.	Processos mentais	26
1.4.	A importância da entrevista e a sua qualidade	29
1.5.	Jargão médico	36
1.6.	Emoções	38
1.6.1.	Emoções na consulta.....	38
1.6.2.	Emoções como instrumento de diagnóstico.....	39
1.6.3.	Emoções na terapêutica	39
1.6.4.	Ligação entre dono e animal.....	40
1.6.5.	Psicologia do “Eu”	40
1.6.6.	Capacidade de nos tornarem felizes e saudáveis	42
1.6.7.	Ligação dono-animal na clínica veterinária	42
1.7.	Comunicação em clínica veterinária	43
1.7.1.	A consulta médico-veterinária e as suas fases	43
	Fase preparatória.....	44
	Fase principal.....	44
	Fase final	44
1.7.2.	Nível de cuidados relacionado com as capacidades de comunicação do clínico.....	45
1.8.	Comunicar com grupos específicos	45
1.9.	Comunicação de más notícias.....	47
1.9.1.	Como comunicar más notícias.....	47
1.10.	Eutanásia - considerações gerais.....	49
1.10.1.	O procedimento	50

1.10.2.	Indicação de eutanásia	51
1.11.	Comunicação de eutanásia, quando e como.....	55
1.12.	Contexto emocional da eutanásia	58
1.12.1.	Sentimento de perda, processo de luto e acompanhamento.....	58
1.13.	Suporte emocional para médico veterinário e restante equipa	60
2.	Material e métodos	62
2.1.	Inquérito	62
3.	Resultados	63
3.1.	Estatística descritiva	63
3.1.1.	Dados recolhidos	63
3.1.2.	Distribuição geográfica	63
3.1.3.	Idade dos inquiridos.....	64
3.1.4.	Anos de experiência dos inquiridos.....	64
3.1.5.	Importância atribuída pelos inquiridos à comunicação na prática clínica.....	64
3.1.6.	Área profissional em que os inquiridos exercem clínica	65
3.1.7.	Formação em comunicação, recebida durante a licenciatura/mestrado.....	66
3.1.8.	Formações realizadas após conclusão da licenciatura/mestrado.....	66
3.1.9.	Disponibilidade de formações na área.	67
3.1.10.	Disponibilidade dos inquiridos para investir em formação na área de comunicação.....	67
3.1.11.	Frequência com que os inquiridos sentem dificuldade em falar com os clientes.....	68
3.1.12.	Adequação do modo de comunicar com grupos especiais.	69
3.1.13.	Protocolo para dar más notícias.....	69
3.1.14.	Acompanhamento após eutanásia.....	70
3.1.15.	Iniciativa de questionar os donos se desejam assistir à eutanásia..	70

3.1.16. Métodos para lidar com o <i>stress</i> de dar mas notícias.	71
3.1.17. Frequência com que os inquiridos sentem dificuldade em abordar o tema eutanásia.....	72
3.2. Estatística Inferencial.....	73
3.2.1. Importância atribuída à comunicação na prática clínica vs distrito onde exerce clínica.....	73
3.2.2. Importância atribuída à comunicação na prática clínica vs área profissional em que exerce.	73
3.2.3. Importância atribuída à comunicação na prática clínica vs idade dos inquiridos.....	73
3.2.4. Importância atribuída à comunicação na prática clínica vs anos de experiência.....	74
3.2.5. Importância atribuída à comunicação na prática clínica vs formação recebida durante o percurso académico.	74
3.2.6. Importância atribuída à comunicação na prática clínica vs formações realizadas na área.	74
3.2.7. Importância atribuída à comunicação na prática clínica vs disponibilidade para investir em formação na área.	74
3.2.8. Importância atribuída à comunicação na prática clínica vs adequação do modo de comunicar com populações especiais.	75
3.2.9. Importância atribuída à comunicação na prática clínica vs protocolos para dar más notícias.	75
3.2.10. Importância atribuída à comunicação na prática clínica vs acompanhamento pós-eutanásia.....	75
3.2.11. Formação académica na área de comunicação vs disponibilidade para investir na formação em comunicação.....	76
3.2.12. Formação académica em comunicação vs opinião sobre número de formações em comunicação existentes no mercado.....	76
3.2.13. Formação académica em comunicação durante a licenciatura/mestrado vs formações já realizadas na área da comunicação.	76

3.2.14. Importância da comunicação na prática clínica vs formações disponíveis no mercado.....	77
4. Discussão.....	78
5. Conclusão	81
6. Referências Bibliográficas	82

Índice de Tabelas

Tabela 1- Interpretação dos valores de Kappa segundo Landis e Koch	63
--	----

Índice de Figuras

Figura 1- Distribuição geográfica da amostra	64
Figura 2- Grau de importância da comunicação nas perspetiva dos inquiridos....	65
Figura 3- Área profissional em que os inquiridos exercem clinica.....	65
Figura 4- Formação recebida em comunicação durante a formação académica...	66
Figura 5- Formações realizadas após conclusão da licenciatura/mestrado	66
Figura 6- Opinião sobre disponibilidade de formações na área	67
Figura 7- Disponibilidade para investir em formação na área de comunicação.....	67
Figura 8- Frequência com que os inquiridos sentem dificuldade em falar com os clientes.....	68
Figura 9- Percentagem de inquiridos que adequam o seu modo de comunicar a populações especiais	69
Figura 10- Percentagem de inquiridos que conhece/segue algum protocolo para dar más notícias.....	69
Figura 11- Percentagens de inquiridos que realiza algum tipo de acompanhamento ao dono após realizar uma eutanásia.....	70
Figura 12- Percentagens de inquiridos que quando realiza uma eutanásia tem a iniciativa de questionar os donos se desejam assistir	71
Figura 13- Métodos utilizados pelos inquiridos para lidarem com o stress	71
Figura 14- Frequência com que os inquiridos sentem dificuldade em abordar o tema eutanásia	72

Introdução

Sendo impossível praticar clínica sem comunicar e sabendo que toda a comunicação tem consequências, é fundamental que os profissionais de saúde tenham consciência que todos os seus comportamentos têm impacto nos seus doentes e nos outros profissionais (Nunes, 2010).

Esta é a base de pensamento que deverá reger todos aqueles que pretendem tornar-se melhores comunicadores. A grande diferença do ser humano para outras espécies é, em grande medida, tornada realidade devido à sua enorme capacidade de comunicar e à grande variedade de formas de comunicar que desenvolveu ao longo da sua evolução enquanto espécie e sociedade. Esta grande variedade encerra em si, e em consequência da mesma, uma enorme complexidade pela qual todos somos afetados, especialmente aqueles, como os médicos veterinários, cujas atividades estão bastante dependentes daquilo que se comunica e como essa comunicação é feita.

Hoje, mais do que nunca, a comunicação é uma ferramenta imprescindível ao correto desenvolvimento de uma atividade profissional. Num mundo cada vez mais globalizado e em que a informação viaja a uma velocidade vertiginosa, tudo acontece repentinamente e as pessoas querem que tudo aconteça para ontem, o saber passar corretamente uma mensagem e garantir que a informação que a mesma acarreta é compreendida assume uma importância cada vez maior.

1.1. A comunicação humana

No seu livro “Comunicação em contexto clínico”, José M. Mendes Nunes, foca a comunicação humana, como ponto de partida para a compreensão da comunicação inserida nas vicissitudes do contexto clínico. Sendo que em veterinária os pacientes são animais, pode questionar-se a real importância da comunicação humana nesse contexto, contudo, para todos os efeitos, é com os seus proprietários que comunicamos e a partir dos quais conseguimos extrair informações preponderantes para nos auxiliar no diagnóstico. Por isso, foi considerado importante começar por realizar uma contextualização semelhante e aproveitar a vasta informação fornecida pela sua obra como ponto central desta revisão. Complementarmente, existirá também um foco na obra “Comunicação e Medicina” de J. L. Pio Abreu, onde este autor tece as suas reflexões sobre como a comunicação influencia a medicina e como o século XXI será o século da comunicação alicerçado no século XX, denominado por si como «o século da tecnologia».

Segundo Abreu (1998), a própria vida é comunicação e só agora que o desenvolvimento tecnológico atingiu um nível onde a comunicação é peça central, é que nos apercebemos disso. Refere ainda que este advento está a alterar a nossa visão do mundo.

Comunicar vem do latim *comunicare*, que significa “pôr em comum”, “entrar em relação com”, partilhar (partilhar ideias, emoções, cultura, etc.). Para Nunes (2010), a comunicação é onnipresente. Sendo impossível não comunicar e sabendo que toda a comunicação tem consequências, é fundamental que os profissionais de saúde tenham consciência que todos os seus comportamentos têm impacto nos seus doentes e nos outros profissionais.

Abreu concorda dizendo que a medicina clínica é uma prática que decorre no âmbito da comunicação interpessoal. Referindo que assenta na semiologia médica, historicamente anterior à semiologia geral, valoriza a relação médico-doente em detrimento da impessoalidade da ação técnica. (Abreu, 1998)

O interesse no estudo da comunicação tem levado à criação de vários modelos, dos quais podemos considerar duas escolas predominantes: a escola “processual” e a “semiótica” (Nunes, 2010)

1.1.1. Modelos de comunicação

1.1.2. Escola processual

Na descrição traduzida na obra de Nunes (2010), podemos entender que a escola processual entende a comunicação como um processo de transmissão de mensagens e pressupõe a existência de emissor, que é a fonte de informação, e recetor, que recebe a informação transmitida pelo primeiro. O emissor transforma a mensagem num sinal que é enviado ao recetor, circulando entre ambos um conjunto de códigos que constituem a mensagem.

1.1.3. Interferências

Nunes (2010) destaca a importância das interferências no modelo de comunicação de Shannon e Weaver (1948). Segundo estes autores, estas poderão ser a origem de falhas na receção da informação, referindo que depende da forma como o

recetor faz a leitura das mensagens, sendo que esta depende de fenómenos de ordem psicológica do mesmo, resultando das suas experiências, vivências e personalidade. Estas podem ser classificadas quanto ao seu tipo em cognitivas, emocionais ou sociais e o seu reconhecimento resulta da consciencialização do papel ativo do recetor que deixa de ser um mero ser passivo, facilmente absorvendo a mensagem.

As interferências cognitivas ocorrem, segundo Nunes (2010), quando a mensagem do doente não é entendida pelo médico devido a pensamentos automáticos que este desenvolveu e cristalizou ao longo do seu trajeto pessoal e profissional. Poderá, também, estar relacionado com ideias preconcebidas do médico a respeito do doente e suas expectativas e o que o médico pensa que o doente pensa. Engloba-se ainda neste conjunto a forma como o médico vê a relação médico-doente, ou seja, a relação terapêutica.

Já as interferências emocionais são das que maior efeito podem exercer sobre a interpretação das mensagens e, assim, sobre as suas consequências. Podem manifestar-se como nervosismo, desconcentração, aborrecimento, irritabilidade, entre outros. Para atingir uma relação funcional é importante uma permanente autoconsciência das emoções presentes, sendo que o seu conhecimento poderá permitir dominá-las de modo a interferirem o menos possível na relação ou, mais desejável, utilizá-las positivamente. Nunes refere que um médico consciente do seu estado emocional e do seu domínio (pela razão) estará mais disponível para uma relação terapêutica efetiva. O autor denomina este estado por *descontaminação emocional*.

Quanto às interferências sociais, são descritas por Nunes como resultado da diferença sociocultural entre o doente e o profissional de saúde. Tratar doentes de uma origem socioeconómica diferente tende a levar o clínico a uma menor sintonia emocional, menor aplicação na consulta e a prestar menos informação ao doente.

Um bom exemplo destas relações pode ainda ser encontrado na obra de Abreu (1998), onde este estabelece estas interações nas sociedades democráticas contemporâneas, cujo conjunto forma um sistema complexo autorregulado, onde os órgãos de comunicação social podem encarar-se como o subsistema com funções informativas. Neste contexto, se o destino é constituído pelo público, a fonte das notícias é também constituída pelos acontecimentos públicos, acabando por se confundir a fonte e o destino. Com este panorama e definição, Abreu refere que terá de ser o público a tomar conhecimento de si próprio, através de um processo complexo que inclui o *feedback* das audiências e o seu efeito sobre a filtragem das notícias, concluindo que não se pode

esquecer que a opinião pública e o clima emocional da sociedade são também interferidos por essa filtragem.

1.1.4. Escola semiótica

A escola semiótica estuda os signos e os significados, vê a comunicação como a produção e a troca de significados. Neste caso, estuda o modo como as mensagens ou os textos interagem com as pessoas de modo a produzir significados, isto é, estuda o papel dos textos na cultura. Para esta escola, o não alcançar os objetivos esperados não é visto como um fracasso mas antes o resultado de diferenças culturais entre o emissor e o recetor (Fiske, 1993). Os modelos da escola semiótica, cujos autores mais representativos são Peirce (escritos publicados postumamente em 8 volumes no período 1931-1958) e Saussure assumem que a comunicação é, essencialmente, a criação de significações. Segundo estes autores, para que duas pessoas comuniquem é imprescindível que entendam o que as suas mensagens significam (Nunes, 2010)

A significação é o resultado da interação dinâmica entre signo, interpretante e objeto. É datada e, como tal, varia com o tempo. Por exemplo, a tuberculose, tem tido significações diferentes ao longo da história consoante as culturas, assim como tiveram a epilepsia e outras doenças (Nunes, 2010).

Estes signos podem ser representados em ícones, que se assemelham ao seu objeto como, por exemplo, a maioria dos sinais de trânsito. Abreu (1998) fala ainda das metáforas como figuras linguísticas analógicas que estão assim próximas dos ícones; índice, que se relaciona diretamente com o seu objeto, por exemplo, o barulho de um carro indicia a presença desse mesmo carro, como refere Abreu (1998), relacionam-se com os referentes por continuidade espaço-temporal. Na comunicação, entende-se por índice, tudo o que um emissor transmite sem intenção de o fazer (por vezes mesmo contra a sua vontade). Por exemplo, o rubor facial perante alguém que provoca uma dada emoção, apesar de o sujeito emissor querer contrariar a todo o custo essa mensagem, ela não deixa de existir e de dar uma quantidade considerável de informação; símbolo é o signo em que não existe ligação ou semelhança entre signo e objeto, comunicando apenas algo porque as pessoas concordaram que ele represente aquilo que representa. Nunes dá o exemplo do vocábulo “cadeira” que representa um objeto de mobiliário porque concordámos que esta era a forma de representar aquele objeto. De forma mais simples, como refere Abreu

(1998), referem-se ao significado e aos referentes apenas por convenção e hábito, tendo uma relação arbitrária com eles.

Na obra de Nunes é referida a relação entre a forma física do signo e o seu conceito mental de forma icónica ou de forma arbitrária e a definição de um conjunto de conceitos que devem ser considerados.

Denotação: descreve a relação entre significante e significado no interior do signo e a relação do signo com o seu referente na realidade exterior. O significado superficial dos signos. Por exemplo, o doente que diz ser muito difícil marcar consulta, está apenas a descrever um facto – a dificuldade de marcar consulta;

Conotação: é a interação do signo com os sentimentos e emoções dos utentes e com os valores da cultura. É nestas alturas que as significações são mais subjetivas, por exemplo, no caso anterior, para além da descrição do facto, pode ser conotado como uma crítica ao comportamento do médico. É a conotação que dá o significado;

Mito: é uma história pela qual uma cultura explica ou compreende um dado aspeto da realidade ou da natureza. É o resultado das ambivalências normais que se transformam em certezas determinantes. É a maneira de uma cultura pensar sobre um objeto, de conceptualizar e compreender ou de explicar o inexplicável, por exemplo, *“doentes analfabetos não compreendem as explicações médicas dos seus sofrimentos”*, ou *“se não prescrever o doente vai pensar que sou mau médico”*. Em Medicina Veterinária existem outros exemplos como o cérebro dos cães de raça Doberman crescer a partir dos 8 anos ou as cadelas que não têm ninhadas ficarem cegas;

Metáfora: é uma forma de exprimir o pouco habitual em termos do conhecido. Opera por transposição de qualidades de um plano da realidade para outro. É extraordinariamente útil para transformar conceitos abstratos em concretos e, assim, torná-los mais perceptíveis por parte do recetor. Muito útil na educação para a saúde ou na transferência de informação, por exemplo, *“os glóbulos vermelhos são como camionetas de transporte de oxigénio, se são ocupadas com monóxido de carbono proveniente do fumo do tabaco, não vai haver transporte de oxigénio para as células do seu corpo com todas as consequências que pode imaginar”*;

Metonímia: é o tomar a parte pelo todo. Opera por associação de significações dentro do mesmo plano. Constrói a realidade a partir de índices. A partir da árvore constrói a floresta. São poderosos construtores da realidade social. As notícias da saúde (mas não só) atuam muito neste sentido. A notícia de uma má prática tende a construir uma realidade social formada por serviços de saúde que, na sua totalidade, funcionam mal. O utente dos serviços, que perante um administrativo (ou outro profissional) teve uma interação menos conseguida, vai generalizar este acidente a todo o serviço e mesmo a todo o Serviço Nacional de Saúde: *“nos centros de saúde e hospitais do Estado somos sempre mal atendidos”*;

Código: é um sistema de regras aceites por todos os membros de uma comunidade que usa esse código (Nunes, 2010);

Nunes (2010) refere a classificação dos códigos desenvolvida por Bernstein, nos anos 60 e 70, quanto ao tipo de relação social que satisfazem, em que descreve, de certa forma, a vertente política na linguística ao fazer a relação entre códigos e classes sociais. De acordo com esta teoria, os códigos que usamos são determinados pela classe social a que pertencemos, ainda que considere mais importante a educação como determinante dos códigos que usamos. Isto é, advoga que a classe social é um fator que influencia a linguagem embora não a determine. Conclui então que o mais determinante na definição da linguagem é o tipo de relações sociais existentes, fazendo com que as sociedades quanto mais fechadas são, mais tendem a usar códigos restritos.

1.1.5. Modelo de Gestão Coordenada de Significados (CMM)

O CMM (de Coordinated Management of Meaning) foi desenvolvido por Barnett Pearce (meados da década de 1970), recorrendo ao conceito de ato de fala do filósofo Austin (baseado nas suas palestras em Oxford, entre 1951 e 1954, e Harvard, 1955), definindo ato de fala como as ações que desempenhamos pela fala. Neste modelo as palavras são ferramentas ou meios para colocar ações em prática. A perspetiva de que os atos de fala (as mensagens) não são importantes tanto pelo que dizem mas sim por aquilo que fazem. As afirmações não têm em si um significado, mas antes um uso, são um modo de ação e não apenas de dizer algo. (*“a linguagem é a ferramenta mais poderosa que os humanos inventaram para a criação dos mundos sociais”*).

Neste modelo encontramos os episódios como rotinas comunicativas identificáveis como unidades de comunicação pontuadas com início, meio e fim. Uma ideia diferente desta sequência pode originar diferentes interpretações do significado de um ato de fala e, conseqüentemente, gerar comunicação disfuncional. As relações, genericamente entendidas como toda a série de coisas que estão de algum modo ligadas entre si ou são possíveis de “hifenação”: pai-filho, vendedor-cliente, médico-doente, homem-mulher, professor-aluno, etc. Nelas, os elementos que se interrelacionam sofrem da propriedade da “reflexibilidade” segundo a qual uma coisa afeta a outra e, por sua vez, a relação afeta a conversação. Na relação médico-doente, vários tipos de relação podem emergir, consoante o papel que cada um dos intervenientes assume: de confronto, de cooperação, de sedução, etc. O self, ou o EU, influencia a interpretação do ato de fala no sentido em que está dependente do estado do EU, assumido por cada um dos intervenientes, que determina os atos de fala e as suas conseqüências. Por exemplo, o EU pai a relacionar-se com o EU criança desencadeia atos de fala que serão diferentes se um EU adulto se relacionar com o EU igualmente adulto. As conseqüências de um EU Pai, do médico, comunicar com um EU criança, do doente, serão diferentes se forem dois Eus adultos a relacionarem-se entre si. Isto é evidente no modelo clássico de relação médico-doente onde predomina a relação Pai-Criança ou Adulto-Criança. No Método Clínico Centrado no Doente predomina a relação Adulto-Adulto. Finalmente, as culturas de quem emite o ato de fala e do recetor são determinantes das conseqüências do ato de fala. A cultura não é fácil de definir e aprende-se participando na vida, não estudando-a. Ela condiciona todos os momentos de ação na comunicação interpessoal, impondo uma moldura de lógicas deonticas através das quais atuamos e avaliamos as nossas ações. Usando uma analogia, Nunes (2010), refere que a cultura é um guião ou esquema partilhado por um largo grupo de pessoas e que aquilo que ela compreende é interpretado como “normal”. Resumindo, a cultura é o conjunto de recursos que podemos usar para “normalizar” as nossas percepções e ações. A tendência natural dos seres humanos é estarem limitados aos horizontes culturais dado que não “existe” o que não sabemos. Contudo, temos a capacidade de expandir o nosso mundo social: analisando o comportamento de outros, entrando dentro do seu mundo, tentando desempenhar outros papéis, etc. Ao fazê-lo, estamos a expandir os nossos horizontes para dentro de outros mundos sociais onde nos sentíamos pouco à vontade. Esta nossa capacidade de descobrir e procurar novos mundos, faz com que aprendamos acerca de outras pessoas, lugares e coisas, comparando depois ambas as culturas e, em última análise, aprendendo/construindo a nossa própria.

Toda a comunicação interpessoal ocorre num contexto cultural determinado, embora na maioria das situações ele seja invisível. Os limites do mundo social dos conversadores são tratados como horizontes e não como fronteiras. Na comunicação intercultural os limites do mundo social dos conversadores são visíveis e tratados como fronteiras. Existe a ideia que a comunicação intercultural é exótica. No entanto, é fundamental reter que a comunicação intercultural pode ocorrer entre vizinhos, desde que considerem os seus horizontes como fronteiras. Um outro conceito, relacionado com a comunicação intercultural, é a *tiranía lingüística*, segundo a qual um dos interlocutores (por exemplo o emissor) exige que o outro (recetor) descreva os factos segundo os termos do primeiro que, por sua vez, ainda vai julgar (ou avaliar) o desempenho do recetor de acordo com os seus padrões. Estes julgamentos são geralmente intuitivos e caracterizam-se por ser impossível de os explicar ou justificar, pelo facto de o seu criador ter, em geral, uma elevada confiança de que estão “corretos” e, muito frequentemente, estarem errados. Nas relações interculturais o mais importante é a sensibilidade retórica. A sensibilidade requer um bom autoconhecimento (se não conhecemos os horizontes da nossa cultura, nunca saberemos onde estamos), capacidade de avaliar as contingências das nossas ações, isto é, de antecipar a resposta dos nossos interlocutores às nossas ações e, finalmente, a capacidade de identificar as “aberturas” (*openings*) durante a conversação. Entende-se por “aberturas” todas as frases, ações ou equivalentes que nos dizem estarmos em condições de influenciar o que está a acontecer (Nunes, 2010).

Como se pode verificar, a comunicação humana é uma componente das nossas vidas que encerra em si bastantes variantes que podem ser organizadas, sistematizadas ou categorizadas de diferentes formas. Seja qual for o prisma com que seja enfrentada, há algo que não é possível contrariar, que está relacionado com a sua complexidade e importância.

1.2. Componentes da comunicação

Nunes (2010) descreve que quando comunicamos fazemo-lo de diferentes formas e utilizamos as mais variadas componentes e elementos. É na interação destes componentes que nos expressamos. Anteriormente, vimos que cada individuo terá diferentes formas de encarar as mais diversas situações, formas essas influenciadas pelas experiências, educação, etc., alguns que estão sob nosso controle, outros que poderão não estar. Uma análise mais profunda desses elementos permitirá compreender as suas

origens, permitindo uma melhor compreensão de determinados sinais, por exemplo expressões faciais, que nos podem dar uma ideia mais concreta do que os nossos clientes querem/podem transmitir além da sua linguagem verbal, que muitas vezes não será a mais adequada.

A comunicação compõe-se de mensagens verbais, para-verbais e não-verbais. A linguagem verbal é constituída por palavras e pode ser oral ou escrita. Por para-verbal entendem-se as características da linguagem verbal que transmitem, por si só, informação. Por exemplo: entoação, fluidez, tonalidade, ritmo, etc. A linguagem não-verbal é constituída pelos componentes da mensagem que não utilizam palavras como os gestos, a postura, as expressões faciais, o que vestimos, etc. Esta é a forma pela qual transmitimos muitas das nossas emoções e sentimentos. Muitas vezes este tipo de linguagem oferece muito mais informação que a linguagem verbal (Nunes, 2010).

Abreu (1998), refere ainda que a comunicação vulgar inclui várias funções, mas cada uma delas será mais adequada a determinados contextos e situações. Desta forma, em determinadas situações a comunicação pode tornar-se ininteligível pelo uso inadequado ou contaminado das diversas funções da linguagem. Para este autor a linguagem inclui as seguintes funções:

Descritiva (indicativa, referencial), sendo a mais usada em linguagem humana e por onde se veicula “conteúdos”, descrevendo factos, coisas e estados de coisas no mundo. Um fator importante nesta função é a sua validade, sendo medida pela sua veracidade, referindo o autor que é um assunto sensível e bastante discutido. Como critério de aferir a veracidade indica a existência de referentes e a exibição de factos.

Injuntiva (conativa), o seu objetivo passa por suscitar uma ação ou resposta do recetor, podendo tratar-se de uma ordem, de um pedido ou ainda de uma pergunta. Neste aspeto faz uma referência aos animais dizendo que esta função não é exclusiva à linguagem humana, uma vez que os animais podem incitar comportamentos uns aos outros através do som ou outros sinais que emitem.

Expressiva (emotiva, autoapresentativa), função orientada para o próprio emissor e onde ele próprio é o referente das suas mensagens. Aqui, Abreu, refere novamente os animais comparando com os humanos, nos animais é uma função patente (guincho, grito) e pode estar na base da injunção de fuga para animais da mesma espécie.

Fática, cujo objetivo visa manter as condições de comunicabilidade como numa conversa telefónica quando se pede para falar mais alto.

Abreu refere que a mais importante função é a poética (ou estética), pois está intimamente ligada às mensagens, independentemente do seu significado. Segundo ele porque além de estimular o pensamento e a imaginação, a poesia enriquece e ajuda a desenvolver a própria língua.

Finalmente, a metalinguística, a linguagem sobre a própria linguagem. O exemplo dado pelo autor vai ao encontro de situações onde se discutem o significado e significado por trás das palavras como quando se questiona “O que queres dizer com isso?”.

1.2.1. Comunicação não-verbal

Abreu (1998), denota que a comunicação verbal processa-se por alterações entre interlocutores que se alternam nos papéis de emissor e receptor, devendo falar o mesmo idioma, isto é, estão de acordo quanto às regras da língua e da conversação. No entanto, não deixa de fazer referência ao que acontece em simultâneo, a comunicação não-verbal, enumerando a mímica e o olhar, a postura e os gestos, o tom de voz e os silêncios, a distância, o toque e o contacto corporal, o vestuário e arranjo pessoal, os odores e o próprio ambiente. Comparativamente com a verbal é uma comunicação contínua e, em princípio, sem regras para a sua codificação. Na obra de Nunes (2010), podemos verificar uma descrição relativamente semelhante. A linguagem não-verbal é descrita como o sinal físico do estado mental e é detetada por alguém com ouvidos tapados mas com os olhos bem abertos. Podemos classificar a linguagem não-verbal em sinais visuais, auditivos e cinestésicos e, por vezes, até olfativos. Por cinestésicos entende-se as sensações provenientes da pele, informação propriocetiva derivada dos músculos e uma subtil combinação de sensações que nos informam do estado mental.

1.2.2. Expressão facial das emoções

A expressão emocional tem uma base fisiológica e a linguagem não-verbal é um meio, muito mais potente do que a linguagem verbal, de tornar público as emoções, as atitudes e as crenças (Argyle, 2002). O rosto é a parte do corpo que mais emoções revela, não só pela sua riqueza de expressão mas também por ser a mais visível. Com efeito, o rosto humano é um complexo sistema de multi-sinais (Nunes, 2010). Este autor releva uma série de informações adicionais que se podem retirar das expressões faciais, tais como atributos e personalidade do indivíduo, grau de interesse ou desinteresse, grau de

capacidade ou de incapacidade para comunicar, informação do contexto, regulação da conversação, grau de veracidade ou de falsidade da mensagem, emoções ou estado do humor.

O grau de precisão da informação fornecida pelas expressões faciais é classificado por Nunes como elevado, se as emoções forem avaliadas em termos genéricos (emoções positivas *versus* negativas). Da mesma forma refere ainda que existem indícios de uma razoável precisão nas ilações feitas a partir de expressões faciais emocionais em seis categorias: alegria, surpresa, tristeza, medo, fúria e repugnância, dependendo a sua interpretação do contexto em que acontecem. Esse contexto é definido pelas expressões faciais prévias e posteriores, posição corporal, gestos, local onde se desenrolam, características de para-linguagem, padrão de olhar, o discurso verbal concomitante, os interlocutores presentes e algumas interferências do meio ambiente que podem induzir alguns estados emocionais, como por exemplo a ansiedade.

1.2.3. Os olhos e o olhar

Uma das componentes mais importantes da nossa comunicação são os olhos. Os olhos são fundamentais para que consigamos observar o que nos rodeia, observar os sinais que nos chegam de outras pessoas e, no caso dos clínicos, são uma ferramenta de diagnóstico imprescindível. Além de fonte de receção de informação são também uma fonte de envio de informação, sendo alguma dessa informação enviada impossível de controlar. A sabedoria popular di-lo e é algo inato, já que boa parte tem origem fisiológica e/ou inconsciente. Vejamos.

Logo no início da vida, o bebé e a mãe comunicam entre si e interagem de maneira intensa sendo essas mensagens determinantes para o bom desenvolvimento da criança, fazendo-o sentir-se amado e protegido. Mães ansiosas, angustiadas ou deprimidas transmitem sensações de mau estar. Olhares de mãe tranquila e feliz são mais poderosos que todas as vitaminas no desenvolvimento dos fatores de resiliência. A dilatação e contração da pupila, os contrastes entre pupila, íris e córnea, reforçados pelo grau de contração dos músculos peri-oculares determinam o afastamento ou a aproximação do contacto visual, desempenhando um papel fundamental na comunicação dos afetos, estados amorosos ou jogos de sedução. Os movimentos oculares contêm uma informação frequentemente ignorada que, de tão omnipresentes, passam completamente despercebidos e são registados apenas ao nível do subconsciente.

Estes movimentos são a expressão e variam conforme os conteúdos do pensamento de quem fala. Com efeito, os olhos, durante a conversação, movem-se segundo direções e sentidos determinados.

É evidente que não se pretende que o médico mantenha uma atenção sobre-humana para poder captar toda esta informação que desfila a uma velocidade vertiginosa. No entanto, na prática, o que se pretende é que se esteja atento a esta atividade e, se perante uma pergunta, o doente apresenta uma sucessão de movimentos oculares acompanhados ou não de outros sinais não-verbais, é natural que esteja a preparar minuciosamente uma resposta largamente censurada ou elaborada sendo, então, fundamental dar-lhe tempo para que a complete (Nunes, 2010).

O nosso estado de espírito também influencia a nossa expressão facial e, sobretudo, o olhar. Nunes (2010) dá alguns exemplos, tais como o olhar inquieto do doente ansioso, caracterizado pelas piscadelas frequentes e pelo olhar direto por intervalos muito curtos. Nos estados mais graves de ansiedade pode-se verificar uma instabilidade dos músculos oculares, a respiração é superficial e, por vezes, interrompida com suspiros, estando a frequência respiratória aumentada em casos extremos. O discurso é brusco, com um tom algo elevado, aclaramentos da voz, entrecortada por tosse, com algumas palavras a saírem em falsete.

Outro exemplo dado pelo autor é o do doente deprimido que evita o contacto visual. Face inexpressiva, olhar apagado e os olhos, por vezes, humedecem-se quando se fala de temas sensíveis. A respiração do deprimido é lenta, cansada, expirando como um suspiro. Continua exemplificando com o doente enfadado que mantém o contacto visual de modo provocador, “cravando” os olhos no médico e juntando um sobrolho carregado, lábios e maxilares apertados. Finalmente, o doente com comportamento de evitação não manterá o contacto visual e falará com brevidade e descontração ou ainda um doente que está muito mais preocupado em acabar a consulta do que com os resultados, dirigindo o seu olhar mais para portas e janelas e assumindo uma posição de fuga.

Abreu (1998), sugere um exercício curioso para verificar o que acontece quando raciocinamos. Este exercício passa por carregar sobre os globos oculares e verificar como qualquer raciocínio se acompanha de pequenos e irregulares movimentos dos olhos.

1.2.4. O corpo, os gestos e os movimentos na comunicação

Além da expressão facial podemos ainda considerar a linguagem corporal. A existência da linguagem gestual é uma evidência bastante clara do que pode ser a linguagem não falada e que encontra na articulação de gestos, expressões faciais e movimentos corporais uma conjugação de elementos que conseguem transmitir também as mais variadas mensagens e informações. Não são utilizados apenas quando englobados na linguagem gestual, é frequente encontrarmos pessoas que gesticulam bastante quando falam. Há gestos que onde quer que estejamos são identificativos de determinada mensagem, podendo haver algumas variações dependendo da cultura em que se inserem. (Nunes, 2010)

Nunes, (2010), classifica os gestos em quatro tipos. Os reguladores conversacionais, utilizados para dar ou retirar a palavra ao interlocutor, regulando o fluxo de mensagens, como a flexão dorsal da mão mostrando a face palmar para o interlocutor em sinal de que deve interromper o seu discurso. Os ilustradores, usados para sublinhar ou reforçar o que dizemos, são bastante visíveis quando se observa intérpretes de canções ou declamadores. Um exemplo prático é de alguém que ao falar sobre o Mundo o ilustra com um movimento circular dos braços, ilustrando a forma e as dimensões do Mundo. Os adaptadores, usados para recuperar a autoconfiança ou conforto, aliviam a ansiedade e permitem revelar que o tema em questão desperta emoções no emissor destes gestos, como por exemplo coçar o nariz, afagar o cabelo ou empurrar os óculos. Finalmente, os emblemas que se caracterizam como gestos estereotipados cujo significado é determinado pelo uso social como é o caso do V de vitória com os dedos.

A linguagem corporal, isto é, a nossa postura e atitude corporal, a forma como nos movimentamos, oferece muita informação que não deve ser ignorada e podemos recorrer a ela para conduzir situações do dia-a-dia.

Nunes (2010) dá alguns exemplos de postura no contexto de consulta e formas de contornar o problema que possam apresentar. Começa com o doente incomodado que se senta à beira da cadeira e ligeiramente inclinado para a frente, por vezes com as mãos e os pés numa posição que lhe facilita ao máximo o poder levantar-se, ou seja, com as mãos no bordo da cadeira, um pé à frente e outro atrás. Refere o autor que este doente está numa situação de desconforto máximo e é nossa obrigação, antes de mais, convidá-lo e criar condições para que se descontraia, através de um sorriso que lhe inspire confiança e com frases do tipo: *“esteja à sua vontade, terei muito gosto em ajudá-lo”*; *“quer contar-me o*

que o preocupa?”, etc. No extremo oposto encontra-se o doente que quase se deita na cadeira e tem um ar como se nada fosse com ele, uma atitude frequente nas crianças, tipicamente reveladora de uma total despreocupação pela consulta. Já num adulto, esta atitude pode querer demonstrar que não está interessado na consulta. Perante uma criança com esta atitude, será conveniente envolvê-la na consulta através de perguntas diretas: “*que pensas sobre o que a tua mãe me acaba de contar?*”. Desta forma a criança poderá sentir-se valorizada, apelando à sua responsabilização.

De forma mais genérica, Nunes descreve os doentes que frequentemente cruzam os braços, inclinam o tronco um pouco para a frente, podendo até cruzarem as pernas, traduzindo uma posição fechada, geralmente estes movimentos traduzem um estado de defesa, receio, desconfiança e perceção ou ilusão de que está a ser agredido ou, por vezes, um estado de conforto. Se a postura ocorre quando o médico introduz um tema delicado, deverá ser entendido que desagrada seriamente ao doente e que, inclusivamente, o doente se impermeabiliza à conversação. Nesta situação, o autor aconselha a facilitar a verbalização das emoções ou mudar de tema, se houver perceção que provoca no doente uma tensão excessiva.

1.3. Processos mentais

Uma outra componente que poderá permitir aos interlocutores perceber o sentido de uma conversa ou ato de comunicar está relacionada com os processos mentais que ocorrem quando alguém está a formar uma mensagem. Estes processos podem ser observados e podem dar indícios e pistas de como guiar os momentos de uma conversação.

Nunes divide-os em três, a procura interna, o quadro de aceitação interna e a censura interna.

1.3.1. Procura interna

Ocorre quando, ao ser preparada uma resposta, se dá uma pausa que, quem está de fora, pode entender como uma paragem ou ausência. Não será de todo uma paragem, visto que, refere o autor, ocorre uma intensa atividade mental designada de “procura interna”. Nesta situação, a pessoa mostra sinais não-verbais muito sugestivos como o corpo estático, olhos desfocados (como se estivesse a olhar para além do médico) e ou a

moverem-se agitadamente (como se estivessem a fazer um “varrimento” de todas as imagens visuais arquivadas na memória). A atenção está dirigida para o interior e os pensamentos e memórias associam-se na imaginação. Nunes refere a importância de estar atento a estes sinais uma vez que o médico deve esperar que esta “busca interna” termine e depois, educadamente, deve solicitar ao cliente que verbalize os seus pensamentos: - *Quer falar-me do que estava a pensar?* Diz ainda que um entrevistador experimentado não tem medo dos silêncios, já que os silêncios funcionais proporcionam um ritmo adequado para a reflexão e dão tranquilidade à entrevista. Pelo contrário, cai-se numa dinâmica de pressas conducentes a explorações insuficientes e erros de percepção das chaves de diagnóstico. Recomendando nestes casos uma baixa “reatividade”.

1.3.2. Quadro de aceitação interna

Quantos os doentes dizem sim a tudo o que médico diz mas o futuro demonstra o contrário? (Nunes, 2010) Esta é uma questão colocada pelo autor cuja resposta é dada pelo próprio, começando por dizer que os sinais não-verbais, de acordo ou de desacordo, são mais fiáveis que os verbais. Por isso mesmo, considera que é muito importante o médico estar atento a estes sinais para avaliar a genuinidade do compromisso assumido pelo cliente. O designado, pelo autor, “quadro de aceitação” é a imagem física do estar de acordo e que se aceita convictamente as ideias de outrem, sentindo-se honestamente inclinado a dizer “sim”. Nunes alerta que a linguagem facial e corporal revela se um indivíduo está numa estrutura de aceitação e que os sinais físicos de um quadro de aceitação variam de indivíduo para indivíduo e de momento para momento. Perante esta variabilidade, Nunes aconselha que o médico deve “calibrar” o “quadro de aceitação”, durante a abertura da consulta, colocando algumas perguntas ou afirmações com as quais se pode prever que o doente concorda, estando atento ao que acontece durante a resposta. O que for observado corresponde ao quadro de aceitação deste doente e durante essa consulta.

O “quadro de aceitação” é um sinal do doente para o médico de que este pode continuar (Nunes, 2010).

1.3.3. Censura interna

Enquanto falamos decorre um mecanismo que funciona como um sensor pré-consciente, ou mesmo consciente, que avalia o que dizemos antes de o dizer. Desta forma assegura-se que o que vai ser dito não nos colocará problemas. A atividade deste “sensor” traduz-se por certos sinais que refletem informação escondida ou camuflada. Para Nunes (2010) são sinais de censura do discurso as hesitações (no meio de frases); as rasuras onde alguns detalhes fundamentais para a compreensão do problema são omitidos pelo doente; as distorções, em que o doente transforma os acontecimentos ou comportamentos atuais em conceitos abstratos, como se os conceitos tivessem uma realidade só por si; as generalizações, em que o doente a partir de um facto particular generaliza de tal modo que não deixa hipótese a qualquer exceção e, finalmente, o discurso sem sequência, onde o doente salta de uma ideia para outra, sem uma relação lógica aparente, fazendo com que o interlocutor tenha que adivinhar qual a ligação.

1.3.4. Estereótipos

Uma breve menção à questão dos estereótipos e aos perigos que encerram, relativamente a interpretações erróneas fornecidas por ideias pré-concebidas pelo julgamento que se faz dos indivíduos e dos seus comportamentos antes de tentar perceber a causa dos mesmos.

Fritz Heider (1958) desenvolveu a teoria da atribuição. Segundo esta, nós tomamos o valor facial do comportamento individual e ignoramos ou desvalorizamos as circunstâncias que o envolvem. Por outras palavras, não tomamos em consideração as causas situacionais do comportamento e vamos diretos às conclusões disposicionais do sujeito. Se vemos um doente que entra no gabinete de consulta com um comportamento agressivo, de imediato concluímos que se trata de um doente difícil sem procurarmos conhecer quais são as reais causas dessa agressividade. Como Daryl Bem (2002) refere, nós temos um esquema de causa e efeito para o comportamento humano que nos leva a dar muito mais peso à pessoa do que à situação. Ross (1977) chamou de “erro fundamental da atribuição,” a esta tendência para o erro de julgamento devida à hipervalorização das atribuições disposicionais em desfavor das atribuições situacionais. Outra ilação importante da teoria da atribuição, apontada por Daryl Bem, é que nós cometemos o mesmo erro quando fazemos julgamentos acerca de nós próprios. Se o

interpretante assumir a sua hipótese como a verdade, vai desencadear um processo transacional que leva à construção de uma realidade assente em premissas erradas (Nunes, 2010).

1.3.5. Modelo de habilidade social

Segundo o “modelo de habilidade social” (*social skill model*), de Michael Argyle, a comunicação é uma habilidade social cujo desempenho é semelhante ao de uma habilidade motora como, por exemplo, conduzir um automóvel. Quando conduzimos, temos um sistema de retro-informação não-verbal e o desempenho da condução depende da capacidade de responder adequadamente a essa informação. Esta resposta é parcialmente não-verbal. O mesmo se observa durante uma conversa, em que a para-linguagem e a linguagem verbal, associadas a enunciados emitidos, informam o interlocutor recetor que é chegado o seu momento de intervir. É graças à capacidade de interpretação destas mensagens para-verbais e não-verbais de retro-informação que o dialogo se desenrola de modo fluido sem tempos mortos e sem discursos simultâneos. Os atos de fala determinantes para o êxito da conversação são parcialmente não-verbais e os canais de retro-informação são predominantemente não-verbais.

Nunes (2010) retira do modelo de habilidade social uma importante ilação para o treino da comunicação, referindo que os comportamentos a corrigir contêm espetos verbais, para-verbais e não-verbais reflexos, exigindo a tomada de consciência, só possível quando o próprio não é o executor do ato mas apenas o analisador. Para tal a teatralização e a videogravação permitem que o *self-realizador* seja analisado de modo objetivo pelo *self-psicólogo*.

1.4. A importância da entrevista e a sua qualidade

Aflorada que está a importância da consciência das *nuances* que se encerram na comunicação humana e o quão importante é saber lidar com elas e como tem grande utilidade para o clínico saber interpretar todos os sinais, evidentes ou não, que essa comunicação lhe faculta, abordar-se-á agora o quê e o porquê da ideia de quão melhor clínico se será quão melhor entrevistador se for.

1.4.1. Qualidades do bom entrevistador

Para Nunes (2010), para que se estabeleça uma relação médico-paciente funcional de onde resulte um benefício para o paciente é necessário que o médico desenvolva um conjunto de características básicas.

Se considerarmos o médico como um fármaco, estas serão as propriedades que contribuem para a previsão do seu poder terapêutico. Em termos didáticos podemos considerar a empatia, a cordialidade, a concreção, a assertividade, a modulação da reatividade e a convicção (Nunes, 2010).

1.4.2. Empatia

O termo empatia parece dever-se ao psicólogo alemão Theodor Lipps que, em 1909, terá definido *Einfühlung* como o processo de “sentir de dentro”. Contudo, a divulgação e o desenvolvimento do conceito só se verificam muitos anos mais tarde, nos anos 50, com Carl Rogers, ao desenvolver o método clínico centrado no cliente. Os índios americanos chamavam-lhe “*andar nos mocassins do outro*” (Nunes, 2010).

Para Nunes (2010), por vezes verifica-se alguma confusão entre simpatia e empatia que importa esclarecer. Para o autor, a simpatia é apenas um sentimento de lamento, preocupação e de comiseração ou pena de um indivíduo em relação a outro. É a expressão dos sentimentos do próprio em relação ao outro e traduz a necessidade urgente de se libertar do seu sofrimento desencadeado pela história do outro. A empatia é o “estar com” o outro e entender o seu ponto de vista. Opostamente à simpatia, onde o foco se afasta do sujeito para o ouvinte, na empatia o foco de atenção é o sujeito com o problema.

O autor refere que, na empatia, o indivíduo entra dentro do mundo do cliente e observa o mundo a partir do ponto de vista deste, quase como que esquecendo a si próprio e o seu mundo, facilitando a entrada no mundo do outro de modo a poder compreender os seus sentimentos e emoções.

Para Nunes, esta é uma qualidade que um bom entrevistador deve ter para que tenha a capacidade de compreender os pensamentos e as emoções do cliente, bem como de transmiti-las. Estabelece, assim, que um clima empático exige dois momentos: primeiro a interiorização da situação emocional do doente e, segundo, dar a conhecer ao doente que o compreende. Para que isso aconteça é necessário exprimir a empatia de modo

verbal e não-verbal. Significa isto que o cliente julgará a empatia do clínico não só pelo que diz mas, sobretudo, por aquilo que mostra e é observado pelo cliente.

As emoções são públicas e só os pensamentos são privados, este é o mote que Nunes dá para explicar como é fundamental estar-se atento à possibilidade de se emitirem mensagens com linguagem paradoxal, ou seja, verbalmente dizer uma coisa e não verbalmente dizer o oposto. É neste sentido que o autor alerta para o facto de que a empatia requer uma intensa concentração e está dependente da conjugação de dois componentes não-verbais que se constituem como duas habilidades a desenvolver pelo técnico. A saber, em primeiro lugar, a sensibilidade ou decodificação, entendida como a capacidade de compreender as emoções dos outros, através da linguagem não-verbal, ou seja, a capacidade de fazer a leitura da linguagem não-verbal do interlocutor e, em segundo lugar, a expressividade, compreendida como a capacidade de expressar emoções através da linguagem não-verbal. Conclui Nunes (2010) que estas capacidades do médico, de codificar e de decodificar linguagem não-verbal, estão associadas à satisfação do doente com a consulta.

Já para Suchman e outros, citados por Nunes (2010), a empatia tem quatro componentes:

Emotiva, definido como uma capacidade intrínseca do clínico;

Moral, dependente da motivação do clínico que em associação com o componente emotivo constituem as duas condições necessárias para a comunicação empática;

Cognitiva, é a compreensão precisa dos sentimentos do doente por parte do clínico;

Comportamental, entendido como o comportamento comunicacional (de validação) efetivo de retorno da compreensão pelo médico de modo a que o doente se sinta compreendido.

A sensação de ser compreendido pelo outro é, em si, intrinsecamente terapêutica: ela quebra as barreiras de isolamento da doença ou do mal-estar e restaura a sensação de se sentir como um todo. Este é o grande princípio do método clínico centrado no cliente de Carl Rogers. Segundo este psicólogo, basta ao terapeuta ser congruente consigo próprio, aceitar o outro tal como ele é, sem juízos de valor, e estabelecer empatia para, automaticamente, o doente se sentir compreendido, o que só por si tem poder terapêutico,

contribuindo para o desenvolvimento do autorrespeito e levando a encontrar soluções mais efetivas para a resolução dos seus problemas (Nunes, 2010).

1.4.3. Cordialidade

Nunes (2010), descreve a cordialidade como a capacidade de construir uma proximidade efetiva entre entrevistador e cliente. Exemplifica com a situação em que o médico chama o doente para a consulta, abre-lhe a porta e oferece-lhe a passagem, sorri educadamente, esboça uma vénia e cumprimenta-o na forma adequada, através de gesto, indica-lhe a cadeira, etc. São pequenos elementos onde imperam as regras de boa educação, através de uma linguagem não-verbal, como se todo o corpo validasse o outro como pessoa, única e inconfundível. Desta envolverência, “fria” ou “quente, dependerão os resultados da consulta.

É importante reter algumas das ideias de Nunes quanto a este assunto, nomeadamente no que diz respeito à diferença entre a cordialidade e empatia, em que a cordialidade se manifesta essencialmente de modo não-verbal (ao contrário da empatia) e deve ser adaptada às características do cliente, respeitando o seu espaço pessoal e a sua cultura. Um exemplo é como um olhar franco e direto é um dos componentes da cordialidade que, no entanto, deve ser equilibrado entre o suficiente para que o cliente se sinta o centro da consulta sem chegar ao exagero de o intimidar, podendo criar mal-estar e desejo de ir embora rapidamente. Da mesma forma devem evitar-se maneirismos que possam induzir a ideia de que é teatralizado, ou artificial. Esta ideia pode fazer com que o cliente impute falsidade ao clínico.

A própria forma como o clínico se veste é uma forma de comunicar. Através do vestuário transmite-se o tipo de pessoa que é e o modo como respeita os outros e, no cenário da consulta, os doentes. As opiniões dos doentes acerca do modo como se vestem são determinadas pela tradição, geografia e cultura. A opinião dos doentes depende muito do tipo de médico que têm como padrão, enquanto que, os que usam vestuário formal valorizam mais este, os que tem vestuário informal tem maior admiração pelos que usam bata. De qualquer modo, a bata aumenta a aparência profissional, autoritária e científica e, alguns estudos demonstram que o grau de confiança no médico aumenta com o uso de bata (Nunes, 2010).

1.4.4. Concreção

Por concreção, o entrevistador estará em constante interrogação sobre se os termos que está a usar são compreendidos, ditos e entendidos pelo cliente de forma clara. Ou seja, é a arte de clarificar conceitos abstratos e confusos. Para Nunes, a capacidade de definir objetivos mútuos para a consulta enquadra-se na concreção. Funciona como que um estado de censura/crítica onde, por um lado, se coloca constantemente a hipótese de o outro não entender aquilo que dizemos e, por outro, não partir do pressuposto de que aquilo que ouvimos do cliente é aquilo que realmente ele quis dizer.

Esta capacidade exige que sejam dados esclarecimentos quando são utilizados termos técnicos ou outros que não são próprios da cultura do doente.

1.4.5. Assertividade

Em contexto clínico pode ser entendido como a capacidade de desempenhar em pleno e com segurança os deveres e os direitos inerentes ao papel social do médico. Para Nunes (2010), é a coragem de ser honesto e de defender os seus direitos respeitando os dos outros. Trata-se de um dos quatro estilos comunicacionais mais frequentemente descritos, sendo os restantes o submisso, o agressivo e o manipulador. O autor refere que a timidez dificulta a asserção, cuja importância se nota na necessidade de a usar para elaborar informação. Sem um mínimo de segurança (termo incluído na assertividade) não é possível defender hipóteses próprias e, neste aspeto, liga-se com a convicção (Nunes, 2010). O autor releva a importância desta qualidade dando como exemplo bastante evidente numa situação em que o médico se recusa a prescrever algo sem que saiba com maior precisão o que está a acontecer. Ou seja, assumindo segurança que ainda não está na posse de todas as informações necessárias e que necessita de estar na posse de mais elementos para tomar uma decisão mais segura. Assumir isto implica ser assertivo e exprime um elevado autoconceito.

Nunes enumera fatores que contribuem para uma baixa assertividade, referindo que são construídos com base em preconceitos ou mitos pessoais. Ter consciência disto pode contribuir ou ajudar a obter melhores resultados na clínica. O receio de ser valorizado negativamente pelos outros, consequência do mito de que nunca se pode errar, o retraimento e sentimentos de inferioridade, traduzindo baixa autoestima, a falta de experiência, próprio de quem se encontra em fase de construção, a falta de clareza quanto

ao que se quer ou o medo de hostilizar outros, frequentemente consequência de vivências de rejeição traumatizantes são referidos pelo autor como fatores limitantes da prática clínica, nomeadamente da assertividade. Conclui ainda dizendo que a ausência de assertividade pode manifestar-se de muitas formas, das quais destaca a dificuldade de elaboração de ideias próprias, a “fuga” da consulta onde, na timidez extrema, o médico pode abreviar as consultas, especialmente quando o motivo o incomoda ou quando o médico imprime pouca convicção na necessidade de mudança de um determinado comportamento, com o consequente impacto negativo no resultado da sua intervenção.

O médico assertivo é um fármaco mais potente do que outro não assertivo e, só por si, tem um efeito placebo e de contenção da ansiedade (Nunes, 2010).

1.4.6. Convicção

A convicção é a capacidade de acreditar no que é proposto. Falar da convicção, como uma qualidade desejável do clínico, pressupõe que o modo como apresentamos planos de intervenção, conceitos ou seja o que for reflete as nossas crenças e que essa linguagem subliminar, aparentemente impossível de identificar como estando presente na interação, é percebida, de modo mais inconsciente que consciente, pelo recetor (neste caso o doente) e que induz nele a aceitação da mensagem sem pôr em causa os seus conteúdos. A convicção é estar convencido de que se sabe a verdade. A convicção do médico induz convicção no cliente quando aquele lhe propõe um determinado tratamento como, por exemplo, a toma de um medicamento. O resultado de uma terapêutica depende da convicção com que o médico a prescreve ao doente. Com efeito, se o médico não estiver convencido de que pode ajudar o doente dificilmente o poderá conseguir. A convicção do médico é determinante para os resultados terapêuticos, porque ela, em última instância, induz no cliente a crença de que o tratamento resultará (Nunes, 2010).

1.4.7. Modulação da reatividade

Entende-se por reatividade o espaço de tempo que o profissional demora para falar depois de o doente se calar. O treino médico num paradigma de centragem na doença, a colocação sucessiva de questões, a ânsia de cumprir com um guião pré-elaborado para a colheita de dados da consulta, a ansiedade para chegar a um diagnóstico rapidamente, leva a que o entrevistador ignore tudo o que o doente lhe possa dizer e que,

no entendimento do médico, se afaste da hipótese de diagnóstico precocemente colocada e que condiciona todo o raciocínio e a atenção para os indícios que o doente lhe possa apresentar. Nestas condições o doente mal inicia a resposta a uma questão é de imediato interrompido pelo médico, geralmente com nova pergunta. O bom entrevistador deve, por um lado estar atento à linguagem não-verbal do doente para poder identificar silêncios funcionais que correspondam a períodos de elaboração de discurso por parte do doente, conter-se de interromper o doente deixando-o contar a sua história sem haver interferências que a modifiquem e, por outro lado, deve saber modular o nível de reatividade em função da fase da consulta, de modo a que a consulta não se transforme numa consulta totalmente aberta.

Assim, procura-se que a reatividade seja inicialmente baixa e depois vá aumentando na fase resolutive da consulta (Nunes, 2010).

1.4.8. A qualidade da comunicação na consulta e seu impacto

Os médicos podem influenciar os resultados da sua intervenção terapêutica nos doentes, não só pelos procedimentos de cuidados médicos mas também através da modelagem dos sentimentos dos doentes acerca da doença e da sua capacidade de controlar e conter o impacto que esta tem nas suas vidas.

Abreu (1998), dada a importância e gravidade dos assuntos que nela se processam, refere-se à consulta médica como uma sequência padronizada, o que é hoje consensual e universalmente aceite. Mais do que um simples encontro, trata-se de um ritual comunicativo onde estão previstas as suas diversas fases, apesar das variações que as diversas especialidades médicas implicam. Para este autor, consiste num raciocínio iterativo sempre balizado pelo esquema diagnóstico, ou seja, partindo de um esquema de hipóteses diagnósticas e chegando a uma conclusão diagnóstica, em que se volta iterativamente ao começo para confirmar o esquema diagnóstico (constituído por anamnese e exame objetivo). Pode ainda perceber-se a importância da fase da anamnese, cuja execução se compõe de um tempo de estabelecimento da relação durante o qual se recolhem os dados demográficos, de um tempo de audição do doente, e de um tempo de esclarecimento dos sintomas ou outras informações. Depois do exame objetivo, é a ocasião de o médico dar as informações necessárias ao doente, incluindo a prescrição terapêutica. Abreu conclui que, no decurso habitual da consulta médica, se pode verificar a utilização das diversas funções da linguagem, quer pelo doente, quer pelo médico.

Nunes (2010) considera que os componentes de uma relação médico-doente efetiva, ou funcional, são:

- Identificar os principais problemas do doente, as suas percepções acerca dos seus problemas, o impacto físico, emocional e social dos problemas no doente e na sua família;
- Adaptar a informação ao que o doente quer saber;
- Verificar como o doente compreende a informação;
- Identificar as reações do doente à informação recebida e as suas principais preocupações;
- Avaliar até onde o doente quer participar na tomada de decisão (quando existe mais que uma opção disponível);
- Discutir as opções de tratamento de modo a que o doente compreenda as suas implicações;
- Maximizar a probabilidade de o doente seguir a decisão acordada acerca do tratamento e aconselhar quanto à mudança de estilos de vida.

Para este autor, em termos pragmáticos, a comunicação efetiva resume-se a quatro componentes:

- Identificar problemas e preocupações;
- Dar informação;
- Discutir opções de tratamento;
- Dar suporte.

1.5. Jargão médico

Segundo uma comunicação apresentada pela Molina Healthcare em 2004, a literacia na saúde foi definida como a habilidade para ler, entender e atuar sob a informação de saúde. Partindo desta base é referido que é um tema que continua a receber bastante atenção e que é importante reconhecer a importância da comunicação oral entre médicos e pacientes, podendo contribuir para a compreensão da informação de saúde por parte do paciente.

A comunicação clara e efetiva entre médicos e pacientes é a peça-chave e o elemento nuclear para que existam trocas com significado entre ambos. Voltando um pouco atrás, a comunicação é como que uma dança entre dois partidos, o ouvinte e o orador, sendo que, em contexto clínico, os clínicos e os pacientes ocupam turnos alternando entre ouvinte e orador. Contudo, refere esta comunicação, nem sempre uma conversação é efetiva e existem muitas barreiras que podem coloca-la em risco, tais como a ansiedade e intimidação associadas com a interação entre um médico com sofisticada formação profissional e um paciente sem sofisticação; *stress* do paciente associado à busca de serviços de saúde; noções pré-concebidas de pacientes que os tornam menos propensos a ouvirem e entenderem mensagens de saúde importantes transmitidas pelos seus médicos; as diferenças culturais e linguísticas entre médicos e pacientes criadas, por uma população cada vez mais diversificada e as restrições de tempo do médico, que muitas vezes resultam em breves interações com os pacientes e mal-entendidos transculturais.

O jargão médico pode ser um entrave a uma boa comunicação, segundo esta comunicação da Molina Healthcare (2004), citando o dicionário Webster, ele é definido como a terminologia técnica ou idioma característico de um grupo ou atividade especial, ou até linguagem obscura e frequentemente pretensiosa marcada por circunlóquios e palavras longas. Desta forma poderá ser uma ferramenta de comunicação efetiva e eficiente mas também uma barreira significativa para a sua compreensão, ou seja, se é uma ou outra dependerá da sofisticação da audiência, conclui. Por outras palavras, quando os clínicos comunicam entre si ajuda a comunicar com os seus pares, visto ser uma linguagem de familiaridade, mas poderá ser problemática quando os mesmos a usam no seu dia-a-dia com os seus pacientes, podendo separá-los dos mesmos, insultar ou até intimidar.

A utilização do jargão é algo intrínseco ao meio desde os anos de ensino ou treino, ou em ambientes de elevado nível intelectual e científica. No entanto, a qualidade dos cuidados prestados pode ser colocada em risco se a compreensão desta mensagem por parte do recipiente for diminuída. A conclusão a que chegam é que a responsabilidade de assegurar que o paciente e o clínico se entendem entre si, é do clínico (Molina Healthcare, 2004).

1.6. Emoções

1.6.1. Emoções na consulta

Nunes (2010), no que a este assunto diz respeito estabelece uma comparação entre a percepção do médico que era dada como aceite tradicionalmente e aquela que progressivamente se tem vindo a constatar.

Segundo o autor, o médico era visto como um especialista em objetividade, desprovido de emoções e impermeável a interferências emocionais. Nesta lógica, a manutenção destas características era condição necessária para que elaborasse planos de diagnóstico e de tratamento objetivos e adequados à situação do cliente, sendo um dos deveres do papel desempenhado pelo médico, ser objetivo, emocionalmente desligado e com uma conduta exclusivamente determinada pelas regras da prática médica. Desta forma, era esperado que o médico fosse um ser sem emoções que devia, a todo o custo, manter-se inalterado e nunca se deixar influenciar pelo mundo do doente, colocando-se numa posição neutral. Comparando com fármacos, Nunes prossegue referindo que o médico era visto como um mero excipiente, totalmente inerte de agentes terapêuticos ativos (farmacológicos, cirúrgicos, físicos e outros) cujos efeitos eram determinados direta e exclusivamente pelas propriedades destes e, assim, os resultados seriam completamente independentes da ação do médico. Ou seja, a percepção que existia era de que o próprio médico, só por si, não teria um impacto positivo ou negativo no resultado terapêutico e, como tal, limitava-se a “não existir”, comportando-se o mais assepticamente possível do ponto de vista emocional.

Recentemente, o resultado de uma progressão da percepção da medicina e do papel do médico, tem-se constatado e assumido que é impossível o terapeuta existir sem emoções na relação com o doente e que negar a existência das emoções no terapeuta é negar a sua própria existência.

Sendo as emoções indissociáveis de qualquer relação terapêutica, então é imprescindível conhecê-las para as poder moldar no sentido de minimizar as suas consequências quando negativas para a relação terapêutica, ou de as potenciar quando positivas (Nunes, 2010).

1.6.2. Emoções como instrumento de diagnóstico

Já assumimos que o comportamento do doente pode induzir no médico determinados estados emocionais positivos, neutros ou negativos. Se o médico tomar consciência da presença dessas emoções, pode colocar como hipótese o tipo de emoções que o doente gera nas pessoas do seu ambiente social (familiar, laboral ou outros). Partindo do pressuposto que o médico é igual à maioria das pessoas que contactam com o doente, pode concluir que provoca o mesmo tipo de emoções nas pessoas que com ele se relacionam e, logo, antever o tipo de problemas e conflitos que o doente vivencia. No entanto, deve também assumir que esta ilação não é mais que uma hipótese gerada pela intuição e, como tal, exige ser confirmada através da colocação ao doente de questões promotoras da consciência e escuta reflexiva. Portanto, a consciência das emoções por parte do médico permite-lhe colocar hipóteses de diagnóstico, o que por si só já é de grande valor, mas nunca devem ser assumidas como verdades de trabalho se não forem confirmadas (Nunes, 2010).

1.6.3. Emoções na terapêutica

Uma das formas de utilizar as emoções pessoais em prol do doente é através da autorrevelação (*self-disclosure*). Entende-se por autorrevelação “o ato de fala em que o médico descreve a sua experiência pessoal e que tem relevância médica e ou emocional para o doente. Noutros termos, a autorrevelação representa qualquer mensagem a respeito do próprio que uma pessoa comunica a outra ou, ainda, o processo pelo qual um indivíduo comunica informação, pensamento, sentimentos ou outros elementos pessoais (Nunes, 2010).

Estas mensagens de autorrevelação podem ser organizadas em 6 tipologias:

Tranquilização, através da qual o médico revela ter tido a mesma experiência que o doente e, assim, tranquilizá-lo. Exemplo: “*Eu usei o mesmo medicamento, melhorei muito e não senti qualquer problema com o estômago.*”

Aconselhamento, quando se usa a autorrevelação com o objetivo de conduzir ou levar o doente a agir num determinado sentido. Exemplo: “*Eu próprio já tomei a vacina.*”

Construção da relação, em que o médico através do humor, de anedotas ou sentenças de empatia tenta construir a relação. Exemplo: *“Eu reconheço que nesta nossa relação também não tenho estado muito bem...”*

Íntima, quando o médico faz revelações do foro privado. Exemplo: *“Eu também sofri muito com o meu divórcio”*.

Casual, quando são sentenças curtas ditas quase ao acaso e com pouca conotação com as condições do doente. Exemplo, *“quem me dera poder estar acordado toda a noite”*.

Narrativas ou alargadas (no sentido de extensas), quando o médico faz sentenças longas e sem relação com as condições do doente (Nunes, 2010).

1.6.4. Ligação entre dono e animal

As emoções que são expressas entre o clínico e o doente são importantes pois são um excelente veículo orientador da relação entre ambos, em medicina humana é o único elo ao qual o clínico deve ter atenção, o elo humano-humano. No entanto, em clínica veterinária existe um outro elo ao qual se deve dar importância e que determinará o percurso terapêutico, o elo dono-animal. Esta ligação irá influenciar todas as decisões tomadas entre clínico e dono e o clínico deverá usar dos seus conhecimentos em comunicação para que consiga concretizar da melhor forma os planos terapêuticos que decidir instituir, conquistando uma relação de confiança para com os seus clientes e respetivos animais.

1.6.5. Psicologia do “Eu”

A estrutura psicológica que compõe a base da personalidade de uma pessoa e que confere ao indivíduo sensação de bem-estar, autoestima e coesão geral juntamente com as ambições, os valores, os ideais, talentos inatos e adquiridos são os elementos constituintes do “Eu”. Pode existir tensão entre eles como quando alguém tem umas expectativas e ambições pessoais que não consegue concretizar por não se sentir capaz. Algumas pessoas necessitam de estímulos do meio envolvente para manterem estável a relação entre eles e equilibrarem o seu “Eu”. Estas respostas de sustentabilidade psicológica podem incluir empatia e respostas calmas, afirmativas e de sustento. Estas

respostas são dadas por “objetos” (pessoas, animais, objetos, experiências ou ideias) no ambiente circundante e são chamadas de *self-object functions*. O efeito calmante dos animais de companhia pode ser considerado como tal e para algumas pessoas ajuda à manutenção desse equilíbrio. Uma criança pode mostrar tristeza apenas em frente ao cão da família. O sentido de “eu” da criança é firmado na atenção e aceitação do cão perante a sua emoção. É a função de suporte do cão, e não o próprio cão, que providencia a *self-object function* (Stewart, et al., 2004).

A psicologia do “Eu” é uma teoria especialmente pertinente para explicar os efeitos devastadores que muitas pessoas sentem aquando da morte ou perda dos seus animais de companhia. Teoricamente, pessoas e animais podem ter a mesma importância como *self-objects* para alguém. É possível um animal ser o principal ou o único *self-object* de sustento na vida de uma pessoa. Isto significa que o “Eu” dessa pessoa está intimamente ligado ao seu animal de companhia. Tudo o que possa ameaçar o bem-estar do animal, tal como doença ou morte, potencialmente será uma ameaça a todo o seu “Eu”. Isto pode ajudar a entender porque tantas pessoas estão dispostas a fazer tudo o que está ao seu alcance para salvar os seus animais de companhia da doença ou morte (Stewart, et al., 2004).

Entender exatamente o papel que um animal de companhia falecido teve na estruturação do “Eu” do seu dono é extremamente útil. Se as pessoas experienciaram os animais como sendo parte de si, então podem sentir tanto como se tivesse perdido parte de si mesmos. Se os experienciaram como um espelho ou catalisador de emoções, então podem sentir como se parte ou totalidade da sua vida emocional se perdeu. As pessoas que experienciaram a perda podem beneficiar de um diálogo que as possa ajudar a revelar o sentido e função daquele animal na vida de cada uma delas. Saber exatamente qual o papel que o animal cumpriu poderá ajudar a pessoa que lida com a perda, assim como a pessoa que tenta ajudar o enlutado. Um exemplo é o de uma mulher que perdeu os seus três cavalos idosos no ano anterior. Dizia que enterrar os seus “amigos” tinha sido demasiado doloroso para si para passar por aqui de novo e que não queria mais cavalos. Alguém lhe falou sobre dois poldros que necessitavam de ajuda e a primeira resposta foi novamente a de que não queria mais cavalos. No entanto, depois de ver algumas fotografias chorou por eles com o seu marido e, subitamente, encheu-se de entusiasmo e decidiu adquirir os poldros. Sentiu um novo propósito e preparou-se para os poldros. Dois meses depois, ela diz que o seu estábulo está cheio de vida novamente, que está muito ocupada com os seus poldros e a adorar cada minuto. Neste exemplo, os poldros

funcionam como *self-objects* de espelho que tiram da mulher a sua capacidade para amar e acarinhar. Como se essa parte de si tivesse sido perdida depois da morte dos seus cavalos (Stewart, et al., 2004).

1.6.6. Capacidade de nos tornarem felizes e saudáveis

Quando a maioria das pessoas pensa em ligação humano-animal, pensam em companhia. No entanto, sabemos que essa ligação ultrapassa a simples companhia. É uma forte e positiva interação entre humanos e animais – uma ligação especial que, na verdade, melhora a qualidade de vida humana. Promover essa interação gera benefícios com grande alcance. No caso das crianças, além de beneficiar o desenvolvimento do sistema imunitário, a ligação entre elas e os animais de estimação é uma combinação de energia e brincadeira. Muitos investigadores acreditam que crianças com Transtorno do Déficit de Atenção com Hiperatividade (TDAH) podem beneficiar do convívio com cães de grande porte, que podem providenciar um companheiro de brincadeira energético e que poderá funcionar como fonte de atenção para a criança com TDAH. Podem também ser um apoio emocional para crianças cujos pais se encontram em processo de divórcio. No caso dos idosos os animais de estimação também podem desempenhar um papel preponderante na sua saúde e bem-estar. Por exemplo, os idosos que sofrem de artrite podem beneficiar de animais de estimação de pequeno porte, ao massajá-los fazem o animal sentir-se melhor, ao mesmo tempo pode ter um efeito calmante na inflamação artrítica, assim como oferecer um efeito relaxante. Inclusivamente, pessoas gravemente doentes têm uma maior determinação em regressar a casa para ver os seus animais, resultando numa vontade maior em conseguir a reabilitação depois de sofrerem uma lesão ou doença (PAWSitive InterAction, 2002)

1.6.7. Ligação dono-animal na clínica veterinária

Donos que exibem uma ligação maior com o seu animal procuram providenciar maiores cuidados veterinários comparados com donos com uma ligação menor. Uma ligação forte é definida por comportamentos específicos dos donos relacionados com os seus sentimentos pelos seus animais, a quantidade de tempo que despendem com eles ou

as atividades que realizam com eles. Donos com ligações mais fortes estão mais dispostos a seguir as recomendações do veterinário independentemente do custo, comparando com outros donos. Donos com ligações mais fortes também visitam o veterinário com mais frequência, assim como procuram mais cuidados preventivos. (Todd, et al., 2008)

1.7. Comunicação em clínica veterinária

Até aqui já foi possível aflorar alguns espetos que determinam substancialmente a importância da comunicação no contexto clínico, quer em medicina humana, quer em medicina veterinária. Na medicina veterinária esta não pode ser negligenciada, sendo a prestação de cuidados veterinários apenas uma parte da atividade clínica e a sua qualidade estar dependente da qualidade da comunicação.

Na realidade, há sempre uma pessoa associada a cada animal - paciente. Portanto, a comunicação é inevitável e é uma das tarefas mais importantes no dia-a-dia de um veterinário. (Adms & M., 2007) Considerando esta informação toma-se como muito semelhante a consulta veterinária e a consulta humana - adicionando o fator animal, ao qual o clínico veterinário deverá estar atento e dar a devida importância – e, como tal, os fundamentos referentes à comunicação entre o clínico e o proprietário estão já evidenciados nos primeiros pontos desta revisão.

O reconhecimento do problema da comunicação na prática clínica veterinária tem vindo a aumentar em muitos países. Estudos recentes confirmam a importância de uma boa comunicação dentro da profissão e salientam ser exatamente este o ponto fraco dos veterinários recém-licenciados (Shaw & Lagoni, 2007).

1.7.1. A consulta médico-veterinária e as suas fases

O profissional de saúde tem, na consulta, a oportunidade de aplicar os seus conhecimentos técnicos, a sua capacidade de se relacionar com o outro e a sua arte de transferir informação técnica em linguagem culturalmente adaptada ao entendimento do cliente. A consulta, embora seja o ato mais universal e mais antigo na prestação de cuidados de saúde, nomeadamente de saúde animal, é o ato de maior exigência técnica e de conhecimentos por parte do profissional (Mendes, 2010).

Fase preparatória

Nesta fase o clínico faz uma antecipação do que espera da consulta, prevê as dificuldades e seleciona as estratégias e os meios para as ultrapassar. Com base nos registos, o veterinário identifica o cliente e o seu animal, o estatuto social, a relação com o animal e verifica a forma como o costuma tratar. Este é um aspeto a não descurar num contexto em que se pretende prestar cuidados personalizados e no qual o cliente se sinta reconhecido (Mendes, 2010).

Fase principal

Esta fase começa quando o médico veterinário e o proprietário entram em contacto. Aqui quer o médico quer o cliente confirmam ou modificam a ideia que construíram um sobre o outro. O estabelecimento de um bom contacto depende da existência de condições básicas que facilitem a verbalização das queixas. A estas condições chamam-se “regras de boa escuta” e são as seguintes: contacto visual que, sem incomodar, deve demonstrar interesse pelo doente e pela sua mensagem; a distância entre os dois elementos respeitando a privacidade de cada um sem invadir o seu espaço vital; a empatia com frases adequadas ou reproduzindo as emoções do paciente como se fosse o seu espelho; a naturalidade e conforto, adaptando-se ao tipo de linguagem do cliente (Mendes, 2010).

As técnicas facilitadoras da verbalização visam auxiliar o paciente (ou, no caso da prática veterinária, o dono do paciente) a expressar os seus problemas, preocupações, ideias, expectativas, ou seja, a contar a sua história (Mendes, 2010).

Fase final

É importante deixar tempo suficiente para terminar a consulta apropriadamente. Nesta fase deve-se resumir o que foi alcançado e os compromissos assumidos, devendo sublinhar os aspectos mais importantes que o cliente deve executar. Cabe ainda perguntar ao cliente se entendeu a natureza dos problemas do seu animal e a razão dos componentes do plano de tratamento, assim como se existe algum ponto em que tenha dúvidas e o queira esclarecer. É de grande importância dizer o que se pensa do problema, o que mais pode ser, e o que pode ser feito se a pior hipótese se confirmar. Ao usar este

tipo de aproximação ao cliente cria-se uma oportunidade ideal para educar os donos sobre a condição do seu animal e corrigir quaisquer dúvidas (Mendes, 2010).

1.7.2. Nível de cuidados relacionado com as capacidades de comunicação do clínico

A comunicação por parte do veterinário desempenha um papel significativo na força da ligação entre este e o dono. A força desta ligação, ou relação, tem um impacto directo na lealdade do dono para com o veterinário e, consequentemente, nos cuidados prestados ao animal. Os melhores indicadores de uma forte ligação clínico-dono incluem a capacidade de comunicação do clínico, a interação com os animais e a percepção dos donos de que o clínico apenas “vende” o que o seu animal realmente necessita. Quanto melhor o clínico explica as razões das suas recomendações, mais ajuda à percepção do valor e qualidade dos cuidados por parte do dono (Todd, et al., 2008)

1.8. Comunicar com grupos específicos

Estar consciente de que grupos de pessoas diferentes implicam diferentes abordagens assume muita importância na clínica, pois a forma como esses grupos encaram os animais e o papel que os animais assumem na vida das pessoas que constituem esses grupos, como as crianças ou os idosos, difere, tal como difere a capacidade de interpretação de cada um desses grupos. Comunicar com uma criança é diferente de comunicar com um adulto.

1.8.1. Crianças

“Desde salamandras a póneis, o que uma criança aprende na companhia dum animal tem uma influência para a vida nas suas atitudes, valores e emoções que a definirão como ser humano.” (Jalongo, 2004).

Os pediatras não são os únicos profissionais a contribuir para a saúde das crianças. Os veterinários, como profissionais responsáveis pela saúde pública, verificam que grande parte dos clientes é membro de famílias com crianças. As crianças potencialmente são os futuros veterinários e os donos de animais. Aprender a bem

comunicar de forma efetiva com donos pais e respetivos filhos é uma maneira de contribuir para uma boa educação em saúde pública (Cornell, et al., 2007).

Trabalhar na presença de vários membros da família, particularmente crianças, apresenta muitos desafios ao veterinário. É bom para o veterinário aproveitar e discutir os cuidados a ter e o bem-estar do animal envolvendo diretamente a criança, mas torna-se complicado discutir os assuntos relacionados com a doença, os casos terminais ou a eutanásia animal na presença da mesma (Cornell, et al., 2007).

As crianças possuem uma grande ligação afetiva com o seu animal de companhia e sofrem bastante quando esse animal morre, traduzindo-se numa experiência que ensina muito sobre a vida e sobre a perda de algo importante. (McNicholas & Collis., 2001)

Devido à importância que a relação homem - animal desempenha no desenvolvimento da criança, vários veterinários e pais empenham-se em ajudar a criança a preparar-se para uma visita ao “outro médico da família” (Cornell, et al., 2007).

Deve ser-se flexível na capacidade de interagir apropriadamente com as crianças consoante o seu estágio de desenvolvimento. Se a comunicação é feita num nível inadequado à idade da criança, esta sentirá que não a estão a levar a sério. Ao dirigir-se de forma apropriada está a garantir-se que a criança será compreendida e respeitada, permitindo que se sintam confortáveis para partilhar questões e medos. (Lloyd & Bor, 2009)

1.8.2. Idosos

O animal, para além de ser uma boa companhia, pode proporcionar também um conforto emocional e físico assim como uma sensação de segurança nas pessoas idosas. Pode também ser um meio de contacto social. O animal por si só pode ser um suporte social, mas pode também ser um veículo para o contacto com outras pessoas. Os idosos que possuem um cão têm mais facilidade em estabelecer contacto social frequente do que aqueles que não têm animais. (Rogers, et al., 1993)

Deve ter-se em conta certas debilidades físicas que a pessoa possa ter, tais como problemas cardíacos, entre outros. É importante ter mais flexibilidade com o tempo destinado à consulta. Planear para que a clínica tenha recursos acessíveis a todo o tipo de clientes (entrada acessível a incapacitados físicos, entre outros), é fundamental. Também é importante não esquecer de inquirir sobre experiências passadas sempre que o tema

“eutanásia” seja abordado. É aconselhado utilizar termos e letra bem visível nas prescrições e acompanhar o caso com um telefonema pessoal. No fim da consulta, perguntar se há algum outro assunto que o cliente queira discutir. Assim dá-se a oportunidade de levantar questões e preocupações que estes possam ter esquecido (Lagoni, et al., 1994).

1.9. Comunicação de más notícias

A comunicação de más notícias é uma das vertentes da clínica veterinária para a qual o médico veterinário deve estar preparado pois é uma inevitabilidade que pode ocorrer a qualquer momento. Na clínica veterinária pode ser ainda mais profundo, doloroso e delicado que em medicina humana pois algumas más notícias que poderão ter de ser comunicadas são relativas à decisão de colocar um ponto final na vida dos animais de companhia.

Aquilo que consideramos como más notícias depende da experiência de cada um. O que é uma boa ou má notícia para uma pessoa pode não ser para outra, ou a forma como encaramos uma boa ou má notícia também varia consoante a nossa forma de estar e experiência de vida. Como já falado anteriormente, é importante que o clínico esteja consciente do tipo de pessoa com quem comunica e que molde a sua comunicação em concordância. Quanto maior o grau de confiança e mais confortável a relação entre o clínico e o proprietário, maior será a facilidade em contornar a relatividade que envolve a forma como cada um encara uma dada notícia.

1.9.1. Como comunicar más notícias

O treino que os estudantes recebem nas faculdades é apenas sobre tratamento, cura e diminuição do sofrimento. (Shaw & Lagoni, 2007)

Existem vários passos práticos e lógicos que os veterinários podem seguir para comunicarem as más notícias. Apesar de servir como guia, não existem regras para aquilo que é um dos maiores desafios na prática clínica. É uma questão de bom senso e de experiência profissional e cada situação deve ser tratada de forma diferente. Deve ter-se em conta cinco situações: a preparação pessoal; o ambiente envolvente; a capacidade de falar com o cliente e de responder às suas preocupações; o planejar do seguimento do caso; o partilhar de toda a informação com os outros colegas. (Shaw & Lagoni, 2007)

As seguintes ideias devem ser consideradas: pensar se o cliente está à espera de más notícias ou se está mais desligado do assunto; procurar informação sobre o que o cliente conhece sobre a doença ou sobre o que aconteceu. Parar, pensar e prever dificuldades antes de falar com o cliente é essencial. Ao comunicar más notícias, mais dificuldades surgirão por não se ter pensado bem sobre o que fazer e como o fazer, do que por não ter algumas respostas para as perguntas que o cliente possa ter (Lloyd & Bor, 2009).

Existem certas atitudes que devem ser evitadas. Exemplos dessas atitudes são: comunicar notícias graves na sala de espera, no corredor ou pelo telefone; andar às voltas, olhar pela janela ou distrair-se com atividades de fora. Sempre que possível deve-se evitar folhear papéis ou escrever enquanto se fala. É também importante manter o contacto visual. É preferível não usar o estetoscópio ao pescoço. Qualquer outra fonte de distração deve ser evitada (telefone, televisão, rádio) (Shaw & Lagoni, 2007).

É essencial dizer sempre o que tem de ser dito de forma lenta ou pelo menos a um ritmo compatível com o cliente. Respostas monossilábicas devem ser evitadas. A posição física do veterinário perante o cliente é muito importante. Estar sentado é apropriado na medida em que demonstra que a intenção é ficar e que não está com pressa (Lloyd & Bor, 2009).

Quando a informação é complexa deve ser dada com o mínimo de linguagem médica devendo o veterinário ter sempre em conta as necessidades e as preocupações do cliente. Após as notícias serem dadas, os últimos momentos do encontro são particularmente importantes, pois as suas maiores preocupações surgem neste momento. É tentador assumir que o cliente reteve e percebeu tudo o que lhe foi dito. No entanto, pedir para o cliente resumir o que entendeu é uma boa forma de verificar o que foi retido. Deve ser feito um plano para posterior contacto, de modo a diminuir a ansiedade do cliente e dar oportunidade de satisfazer outras questões que venham a surgir no futuro. (Lloyd & Bor, 2009)

Informar os colegas sobre o que foi discutido no encontro, resumir o que foi dito ao dono e o que ficou entendido, e que possíveis problemas ou reacções possam ser esperadas, é igualmente importante. Desta forma, se o animal desse dono for consultado por outros colegas, estes saberão o que dizer sem confundir nem perturbar o cliente com diferente informação sobre o diagnóstico ou prognóstico. (Shaw & Lagoni, 2007)

1.10. Eutanásia - considerações gerais

Em medicina humana, impera a divisa *primum non nocere* de Hipócrates, que significa que em primeiro lugar está não causar dano, e reflete-se também em medicina veterinária. No entanto, existem situações em que a eutanásia pode e/ou deve ser uma hipótese a considerar. (Silva, 2008)

Em medicina veterinária, embora de acordo com determinados critérios, é legítimo proceder-se à eutanásia de um animal, sem que tão exacerbada polémica se levante, dado que em vários países, incluindo Portugal, existe legislação vigente que rege o profissional veterinário nesta matéria, contrariamente ao que sucede em medicina humana. Quer a declaração universal para os direitos dos animais [DUDA] no artigo 3º “Se a morte de um animal é necessária, esta deve ser instantânea, indolor...” (Organização das Nações Unidas, 1978), quer a convenção europeia para a proteção dos animais de companhia, vigente em Portugal através do Decreto-Lei n.º276/2001, no capítulo II artigo 11º “...o abate deve ser efetuado com o mínimo de sofrimento psíquico e moral...” (Decreto n.º 13/93), preveem a legitimidade da eutanásia animal.

Em medicina veterinária, a eutanásia é tão-somente definida como o ato humanitário e misericordioso de induzir a morte a um animal sem dor ou *stress*. Entenda-se neste conceito que o termo anglo-saxónico *stress* seja traduzido livremente por tensão (Fontes, 1995). À luz da medicina veterinária contemporânea, a eutanásia é amplamente reconhecida como um ato benéfico para ajudar um animal doente, e é precisamente neste ponto, que o conceito de eutanásia animal coincide com o conceito atual de eutanásia em medicina humana. Desta forma, comumente na prática clínica, a vida do animal enfermo é abreviada de forma controlada e assistida (Frid & Perea, 2007). Note-se que a morte nunca será totalmente retirada do conceito de eutanásia, no entanto, o seu envolvimento deve ser claramente entendido como um efeito involuntário de um ato misericordioso (McMillan, 2001). É elementar que o profissional se enriqueça de conhecimento acerca dos mecanismos de ação de cada método utilizado, transmita informação a toda a equipa veterinária participante, e saiba manusear todo o equipamento de forma correta (Fontes, 1995).

A prática de eutanásia pode ser exercida em três grandes áreas da medicina veterinária: clínica veterinária; laboratórios e/ou biotérios de experimentação animal; e matadouro (Fontes, 1995)

A comunicação da eutanásia assume importância na clínica veterinária, é essa área que será abordada seguidamente.

1.10.1. O procedimento

É muito doloroso para as famílias assistirem à eutanásia do seu animal de estimação. Porém, estudos demonstram que, não estar presente aumenta os sentimentos de dor. O procedimento de eutanásia, sempre que possível, deve ser realizado numa sala confortável privada, de preferência com luzes suaves, cadeiras confortáveis e lenços disponíveis (Harvey, et al., 2001). Aspectos logísticos devem ser tratados antes do procedimento. Por exemplo, se desejam necropsia, se o cadáver será cremado em cremação individual, bem como o pagamento. Devem ser dados aos clientes todas as opções disponíveis e de um modo honesto e sensível mantendo sempre um contacto visual (Harvey, et al., 2001). Se a eutanásia se realiza na clínica ou hospital, os clientes não devem ficar a espera na sala e devem ser imediatamente conduzidos ao local onde a mesma se irá realizar, idealmente as eutanásias com a presença dos donos devem ser agendadas para alturas em que os veterinários se sintam mais capazes de satisfazer os desejos e exigências emocionais dos clientes (Harvey, et al., 2001). Durante a eutanásia devem estar sempre presente dois elementos da equipa, de modo a que um dos membros se foque nos aspetos médicos do procedimento enquanto o outro se concentra nas necessidades do proprietário. Hoje em dia os médicos veterinários não só têm de se preocupar com os aspetos clínicos dos seus pacientes, como com as respostas e necessidades emocionais dos seus clientes, sendo esta situação levada ao extremo quando se trata do vínculo dono-animal no momento da eutanásia (Martin, et al., 2004).

É também preferível, em casos de eutanásia em que o dono esteja presente, colocar o cateter num membro posterior permitindo ao dono livre acesso à cabeça (Harvey, et al., 2001). Antes de se dar início à injeção letal deve-se sempre pedir consentimento dos donos. As seringas e drogas a usar devem sempre ser mantidas fora do campo de visão dos donos. O método de eutanásia com agente injetáveis é usualmente tão suave que os proprietários nem se apercebem da morte do animal. O veterinário só deve declarar a morte do animal após confirmação com o estetoscópio. (Harvey, et al., 2001). Uma vez ocorrida a morte os proprietários e membros da equipa veterinária podem sentir necessidade de se despedirem do animal, confortarem mutuamente e expressar os seus sentimentos de desgosto. Alguns veterinários sentem-se pouco profissionais por

demonstrarem os seus sentimentos na presença dos donos, contudo os proprietários normalmente sentem-se tocados e encaram as emoções do veterinário como uma validação do carácter e significado únicos do seu animal de estimação. (Harvey, et al., 2001) Terminado o procedimento, alguns clientes querem deixar o local rapidamente enquanto outros precisam de tempo a sós com o animal. Quando estiverem prontas, as famílias devem ser acompanhadas, sempre que possível, a uma saída auxiliar para que não tenham de passar pela sala de espera. (Carson, 2007) Quase sempre antes de abandonarem o local, as famílias olham uma última vez para trás, por esse motivo um dos elementos da equipa deve ficar com o corpo do animal. Ao verem alguém perto do seu animal sentem que não irá ser esquecido nem tratado com desrespeito quando saírem. (Harvey, et al., 2001)

1.10.2. Indicação de eutanásia

Comummente, o médico veterinário é confrontado com situações em que é inevitável proceder à eutanásia de um animal, quer seja por razões humanitárias, quer seja por razões socioeconómicas. O dilema entre prestar cuidados médicos a um animal para lhe salvar a vida, e a eventualidade de lhe infligir a morte, é uma constante diária (Fontes,1995; Sanders,1995).

Na área da clínica de pequenos animais, vários autores referem como válidos, os seguintes critérios para a indicação de eutanásia:

Estado de saúde e/ou de sofrimento animal sem possibilidade de recuperação ou de atenuação, em que a manutenção da qualidade de vida está comprometida, como por exemplo, no caso de doenças em estado terminal, doenças neoplásicas, ou de animais acidentados (Fontes, 1995; Epstein, et al.,2005; Silva 2008).

Senilidade, na falta de recursos que supram as necessidades mínimas de qualidade de vida do animal (Luna & Teixeira, 2007);

Alterações comportamentais, como por exemplo agressividade extrema (Luna & Teixeira, 2007; Lopes,2008).

Existência de condicionantes económicas, quando o tratamento do animal é possível mas é oneroso, e por vezes demorado e/ou de aplicação complexa (nesta alínea

deve incluir-se igualmente os casos de gravidez não desejada na cadela e na gata, em que os respetivos proprietários não querem as crias (Lopes, 2008; Silva, 2008).

No apuramento de raças de cães, o (s) elemento (s) das ninhadas que sejam fracos ou que se afastem dos padrões morfológicos da raça (Silva, 2008).

Ainda na área da clínica veterinária, outros critérios para a indicação de eutanásia, embora no âmbito da Saúde Pública, devem ser considerados. A eutanásia de animais errantes nos canis e gatis municipais, e os morticínios sanitários, devido ao perigo de propagação de raiva e outras zoonoses graves, são impostos por obrigação legal e deontológica (Louzã, 2007).

Perda de qualidade de vida

Quantidade de vida, tem um significado objetivo, qualidade de vida, por sua vez, é um conceito subjetivo, muitas vezes tido como sinónimo de outros termos tal como, bem-estar, felicidade, e contentamento. Na realidade, entenda-se que o bem-estar do animal fica ameaçado, isto é, há comprometimento do seu estado de equilíbrio fisiológico e/ou etológico (Sanders, 1995).

Os fatores que mais contribuem para a qualidade de vida do animal são a relação social, a estimulação mental, a saúde, o consumo de comida e a tensão (*stress*). Em cada um destes fatores podem desencadear-se igualmente sentimentos agradáveis ou desagradáveis, à exceção do *stress*, que se refere principalmente a más emoções, como o medo, a ansiedade ou a ira. Veja-se no caso da relação social, uma boa companhia e filiação com o dono, desenvolve sentimentos agradáveis, enquanto processos de separação e isolamento desencadeiam emoções negativas. É importante referir ainda, que nem todos os sentimentos têm a mesma magnitude, devido à sua contribuição desproporcional, sentimentos desagradáveis têm prioridade mais alta. Desta forma, a atenção mais premente deve estar com os sentimentos associados à urgência maior de sobrevivência, como a dificuldade em respirar, a dor, e o medo. Posto isto, o momento da eutanásia de um animal de companhia, deve ser considerado quando os sentimentos desagradáveis dominam a sua vida (McMillan, 2003) .

É importante que médico veterinário e proprietário atuem em equipa para fazer uma avaliação concreta da qualidade de vida do animal. O proprietário, embora de forma

subjetiva, é quem melhor pode avaliar as alterações comportamentais e o seu estado mental, enquanto o veterinário, objetivamente, tenta avaliar a sua dor física através da aproximação médica (Rollin, 2006; Frid & Perea, 2007).

Foi publicada em 2005 a teoria simplista das “5 liberdades”, igualmente para auxiliar os proprietários a mensurar a qualidade de vida do seu cão ou gato, e tomar uma decisão ética frente à eutanásia. As 5 liberdades implicam, que o animal seja: livre de qualquer dor ou doença; livre de desconforto físico; livre de angústia e tristeza; livre de medo e tensão, e por fim, livre de expressar o seu comportamento normal, mas ressalva que outros critérios podem integrar esta decisão, como por exemplo, critérios financeiros, morais, religiosos, culturais e emocionais (Epstein, et al., 2005).

Senilidade

Enquanto critério para a indicação de eutanásia, é fundamental conhecer o conceito de senilidade. Esta pode ser definida como um processo biológico complexo, que resulta na redução progressiva da capacidade de um animal manter a sua homeostasia sob tensões fisiológicas, diminuindo dessa forma a sua viabilidade, aumentando a sua susceptibilidade a doenças e predispondo-o para a morte e/ou eutanásia. Num formato simplista, este conceito pode igualar-se a um enfraquecimento geral do organismo animal, causado pela velhice, e vezes há, em que tal enfraquecimento se torna doloroso e desconfortável. Nessa perspetiva, a eutanásia por senilidade, nada mais é que uma forma de aliviar o sofrimento do cão ou gato idoso, que já não consegue assegurar as suas tarefas mínimas (Bentubo, et al., 2007).

Sabendo que todos os seres vivos têm um tempo de existência, e regra geral, a esperança de vida dos cães e gatos que vivem connosco é quase sempre mais curta que a nossa, torna-se essencial por parte dos médicos veterinários, alertar os proprietários para a eventual morte e/ou eutanásia do seu animal por razões de senilidade (Edney, 1989); (Hart, et al., 1990)e (Frid & Perea, 2007).

Alterações comportamentais

A eutanásia de animais com alterações comportamentais, nomeadamente agressivos, também levanta alguma celeuma. Embora seja legítimo submeter a eutanásia um animal que exiba agressividade extrema, é pouco ético e reprovável sempre que

canídeos e felídeos, geralmente jovens, são submetidos a esta prática sem que haja sido tentado qualquer tratamento prévio no sentido de disciplinar o seu comportamento (Luna & Teixeira 2007; Lopes, 2008; Mikkelsen & Lund, 2010). Há que recorrer a outras alternativas antes de chegar à solução final, e é urgente perceber que, “embora esteja muito na moda catalogar certas raças, há que estudar também o comportamento dos donos, que são responsáveis por algumas dessas atitudes” (Lopes, 2008). Numa primeira abordagem é vantajoso optar por reencaminhar o animal para um veterinário especialista em comportamento animal (Hart, et al., 1990; Mikkelsen & Lund, 2010), e posteriormente equacionar a hipótese de uma terapêutica hormonal, psicotrópica, cirúrgica, que passa pela castração no caso dos machos, ou equacionar os treinos de obediência no caso dos canídeos (Lopes, 2008; Mikkelsen & Lund, 2010).

Condicionantes económicas

Similarmente ao que acontece com o critério anterior, a eutanásia realizada por condicionantes económicas, também arvora algumas questões morais, contudo, em Portugal, o Código Deontológico Médico-Veterinário prevê tal situação no capítulo III, artigo nº 43, “No desempenho da sua atividade o médico veterinário deve procurar sempre as soluções que apresentem melhor suporte científico e eficácia técnica, tendo em conta os aspetos económicos, sem contudo descuidar a qualidade dos serviços prestados” (Ordem dos Médicos Veterinários, 2008). Desta forma, torna-se legítimo induzir a morte de um animal enfermo por falta de recursos financeiros. Se o proprietário do animal não tem ou tem mínimos recursos económicos, e a intervenção médica é demasiado onerosa, a eutanásia nestes casos é claramente um ato intencional para acabar com o desconforto, e pode ser praticada de acordo com a consciência de cada profissional e em cada situação em particular (McMillan, 2001).

Considerações éticas

Na perspetiva médica, a razão menos justificável para proceder à eutanásia de um animal de companhia, especialmente saudável, é por simples conveniência do proprietário (Sanders, 1995). Muitos dilemas éticos são encarados pelos médicos veterinários, mas provavelmente nenhum outro é tão mencionado como a eutanásia de animais saudáveis por razões triviais, ou porque o proprietário escolheu a eutanásia face a

cuidados médicos ou cirúrgicos mais onerosos (Hart, et al., 1990). Frequentemente, os proprietários abordam o veterinário com o objetivo de abater o seu animal de companhia sem que haja indicação médica para tal. Vários autores condenam este tipo de comportamento social por parte do ser humano (Reichenbach & Snook, 1989; Rollin, 2006; Lopes, 2008)

Quando questionados acerca dos pedidos para eutanásia de animais saudáveis ou que não apresentavam uma razão médica para o fazer, um terço dos profissionais declarou opor-se veementemente contra este tipo de eutanásia, se o animal fosse saudável ou passível de adotar, mas outros dois terços afirmaram praticá-la face a um tratamento oneroso e/ou quando pressentiam que o animal poderia morrer de forma cruel nas mãos do proprietário, caso recusassem o seu pedido (Hart, et al., 1990).

Enquanto alguns profissionais admitiram realizar a eutanásia de animais saudáveis, alegando que o último desejo do proprietário em relação ao seu animal não deve ser contrariado, outros afirmaram que em nome da sua consciência e ética não o fariam, tentando em primeiro lugar demover a opinião do proprietário. Alguns dos veterinários em detrimento deste tipo de eutanásia, apresentaram como alternativas viáveis a entrega dos animais juntos dos centros de recolha municipais ou das associações zoófilas, e a tentativa de por alguns dias intentarem nas suas próprias clínicas encontrar um novo lar para os animais, embora ficassem com o termo de eutanásia assinado caso esta fosse inevitável (Antelyes, 1998).

É importante que o médico veterinário tenha uma conduta ética e de princípios firme, para que não se questione sistematicamente sobre as eutanásias que pratica e consiga enfrentar algum julgamento por parte das pessoas que o rodeiam (Hart, et al., 1990). A profissão deve desempenhar um papel proeminente de liderança na campanha de prevenção da eutanásia de animais saudáveis (Olson & Collins, 1990).

1.11. Comunicação de eutanásia, quando e como

A discussão sobre o tema da morte de um animal é um aspeto vital da prática veterinária (Butler, et al., 2002). Frequentemente, o médico veterinário sente dificuldade em reconhecer o momento certo para dialogar com o proprietário, acerca da eventual eutanásia do seu cão ou gato. Por sua vez, o proprietário experimenta grande incómodo quando é ele quem toma a iniciativa de abordar o tema (Frid & Perea, 2007). Esta dificuldade que ambos sentem, tem dois fatores de origem comum, o desconforto com a

morte, e o impacto produzido na relação triangular veterinário/cliente/paciente. Na perspectiva do profissional, a falta de treino, o medo de falhar, e a preocupação com a resposta emocional do cliente, contribuem igualmente para o seu desalento. Tal como o sentimento de culpa, o sofrimento por antecipação, o impacto na ligação homem/animal, e a própria resposta emocional, explicam a ansiedade do proprietário, quando este pondera sobre a decisão de eutanásia (Sanders, 1995; Shaw & Lagoín, 2007).

É muito comum os proprietários desejarem ouvir do veterinário, expressões como “chegou a hora...”, por não quererem e/ou não conseguirem tomar a iniciativa de falar no assunto (Sanders, 1995). É sabido que o médico veterinário é o responsável por preparar o proprietário para a eutanásia do animal, ainda que nunca o deva pressionar a tomar tal decisão, deve apenas sugerir que, em determinada altura essa possa ser a solução apropriada (Hart, et al., 1990; Frid & Perea, 2007).

O papel do veterinário é ajudar a promover a qualidade de vida do animal através de várias terapêuticas, ou da eutanásia se o tratamento não for possível, e para tal, é necessário considerar a natureza e o limite da mente animal. Provavelmente um cão ou um gato não compreende os conceitos de vida e de morte em si, mas entenderá com certeza as dores e o prazer associados à vida ou à morte. É função do veterinário avaliar realisticamente o que eles experimentam, e educar o proprietário nesse sentido, para que este não opte por prolongar ou abreviar a sua vida, sem avaliar a sua qualidade (Rollin, 2006). O essencial é não permitir que a qualidade de vida do proprietário impere sobre a qualidade de vida do animal, e é neste aspeto que o médico veterinário deve estar vigilante (Sanders, 1995).

Discutir o tema do fim de vida do animal de estimação apresenta muitos desafios para os veterinários e os clientes. Da perspectiva do veterinário, muitos fatores contribuem para tal desconforto. A falta de treino, a falta de tempo, o sentimento de responsabilidade perante a doença do animal, o desconforto perante assuntos sobre a morte, o impacto que terá na sua relação futura com o cliente e preocupações sobre a resposta emocional do dono, são alguns dos fatores referidos. (Buckman, 1992)

Um dos fatores que contribui para o grau de sofrimento após a morte de um animal é a perceção do tipo de cuidado prestado pelo veterinário. A maneira como o veterinário cuida do cliente cujo animal morreu tem o poder de aliviar ou agravar esse sofrimento. Sabe-se que a necessidade de dar suporte a donos de animais contribui para um aumento de *stress* entre os membros da equipa veterinária. (Williams & Mills, 2000)

Criar uma atmosfera de respeito, de calma e de empatia é essencial para dar o devido cuidado e atenção ao dono e ao seu animal (Hart & Hart, 1987).

É essencial que o médico veterinário e o proprietário tenham tempo suficiente para considerar e discutir a decisão de eutanásia, sem que estejam sob forte tensão emotiva, uma vez que é difícil fazer opções quando se está no seio de uma crise médica. Uma comunicação pautada pela compaixão é considerada, no momento da morte do animal, uma obrigação ética e uma habilidade clínica (Martin, et al., 2004; Shaw & Lagoni, 2004).

Shaw & Lagoni (2007), citam a teoria da comunicação em 6 passos, *Spikes*, desenvolvida por Buckman, em 1992, como vantajosa para estruturar e conduzir a conversação sobre a decisão de praticar a eutanásia.

Teoria da comunicação em seis passos (*Spikes*), desenvolvida por Buckman:

Cenário – É essencial criar um ambiente apropriado onde haja conforto e privacidade, e manter uma conversa olhos nos olhos com o proprietário e restantes membros da família.

Percepção - Este é o momento de explorar a perspectiva do proprietário acerca do estado clínico do seu animal. Este, deve explicar por palavras suas que noção tem do estado de saúde e da qualidade de vida do animal, e se reconhece o que está a causar tal situação. É igualmente importante, perceber se o proprietário já passou pela experiência de submeter outro animal a eutanásia, identificando os seus medos e expectativas. Explorar algumas crenças pessoais como a fé religiosa pode ser útil para perceber que influência exerce na sua decisão.

Convite - Nesta fase, o médico veterinário deve convidar à explicação do problema, entrar num debate sobre o estado de saúde do animal e obter permissão para discuti-lo. Deve igualmente dar permissão ao proprietário para considerar a eutanásia como uma opção, reconhecer a dificuldade em tomá-la, e permitir que este se expresse abertamente. É essencial que o proprietário sinta que não está sozinho e que a decisão pode ser discutida em equipa.

Conhecimento - Nesta etapa, o médico veterinário deve expor ao proprietário, de forma pausada e por fases, os detalhes da condição médica do animal, pedindo permissão passo a passo para continuar a fazê-lo. Por vezes o cliente necessita de tempo para assimilar tal informação ou prefere levar companhia para receber as más notícias. É neste momento, que o veterinário pode fornecer elementos ao proprietário para que ele mesmo consiga avaliar a qualidade de vida do animal, e tome uma decisão mais consciente. É

ainda nesta etapa, que todas as opções em relação ao procedimento de eutanásia devem ser discutidas. É fundamental que o veterinário tenha presente que certos proprietários necessitam de algum tempo para decidir pela eutanásia do animal, e que esta pode arrastar-se por várias consultas.

Empatia - Durante todo o diálogo, o veterinário deve reconhecer e tentar normalizar as respostas emotivas do proprietário, assim como mostrar disponibilidade total de tempo. Por vezes, é útil fazer uso do silêncio, proferir declarações de empatia, e exhibir alguns gestos afetivos, isto é, sentar-se perto do cliente, usar um tom de voz suave, falar pausadamente ou usar o toque. Uma presença afetiva embora silenciosa e uma linguagem não-verbal, podem ser o suficiente para que o cliente se sinta confortável.

Sumário - Nesta etapa há que resumir tudo o que foi descrito anteriormente para que se possa traçar um plano de execução.

1.12. Contexto emocional da eutanásia

Com o crescente reconhecimento da relação que as pessoas desenvolvem com os animais de companhia, com a evolução da medicina veterinária e o aumento do respeito pelos animais, ganhou-se consciência do impacto que a eutanásia do animal de companhia pode ter para o proprietário e para a equipa veterinária (Adams, et al., 2000; Shaw & Lagoni, 2007).

Reconhecer a importância da forte e singular ligação homem/animal tem profundo efeito na medicina veterinária. Hoje, os médicos veterinários não só têm que se preocupar com o bem-estar dos animais, como com as respostas emocionais dos seus proprietários. Isto não podia ser mais verdadeiro quando se trata da quebra dos seus vínculos no momento em que ocorre a eutanásia do animal de companhia. (Martin, et al., 2004)

1.12.1. Sentimento de perda, processo de luto e acompanhamento

A eutanásia do animal de companhia é um processo irreversível, reconhecido como um momento potencialmente emocional e traumático para a família do animal (Tait, 2003). Assim, a boa vontade dos veterinários atuais em reconhecer as necessidades emotivas dessas mesmas famílias, terá com certeza um impacto significativo na direção e crescimento futuro da medicina veterinária (Butler, et al., 2002). O médico veterinário é o profissional mais qualificado e quem melhor pode ajudar o proprietário a lidar com morte

e/ou eutanásia do seu animal, além de demonstrar empatia para com a sua perda, pode educá-lo e encoraja-lo a libertar as suas expressões abertamente (Adams, et al., 2000; Shaw & Lagoni, 2007). É fundamental que o veterinário transmita a mensagem do quanto é permissível e comum sentir tristeza quando um animal morre (Edney, 1989; Frid & Perea, 2007).

É importante que o veterinário se mostre disponível para qualquer explicação futura, e assegure ao cliente que este fez tudo o que lhe era possível, deu ao seu animal uma boa casa, carinho, e tomou a decisão certa no momento exato (Hart, et al., 1990; Tait, 2003). Proprietários que não recebem um acompanhamento devido durante este período sensível, podem desenvolver erradamente sentimentos de culpa sobre os profissionais e a clínica e/ou hospital onde ocorreu a eutanásia do animal, pondo em risco a continuação das suas visitas com outros animais (Tait, 2003).

Foi provado que a forma como o veterinário se relaciona com o proprietário interfere com a experiência emocional que ele terá (Sanders, 1995). O luto ou a mágoa, são respostas espontâneas, reconhecidas como passos vitais para lidar com a perda e seguir em direção à recuperação, representando as formas de ajustar todas as mudanças. Presentes nesta fase, os sintomas de raiva, mágoa intensa e negação, são parte de uma cura emocional (Adams, et al., 2000; Shaw & Lagoni, 2007). Aceitar a realidade da perda e integrá-la na vida atual pode levar dias, semanas ou meses (Adams, et al., 2000). Porém, certos casos em que o luto se arrasta por períodos demasiado longos ou as respostas emotivas são demasiado intensas, pode mesmo ser necessário recorrer à ajuda de profissionais na área da saúde mental (Adams, et al., 2000; Shaw & Lagoni, 2007).

Constata-se assim, que a resposta à perda de um animal de companhia é única para cada indivíduo e baseia-se em múltiplos fatores: a causa de morte do animal; grau de ligação ao mesmo; idade e género do proprietário; valores culturais e olhar social sobre a morte do animal de companhia; estado emocional do proprietário; e apoio afetivo prestado (Shaw & Lagoni, 2007).

Ter de tomar a decisão de eutanasiar um animal após uma intensa luta no seu tratamento é uma experiência desgastante para todos os envolvidos no caso. Tanto os proprietários como toda a equipa veterinária lutam frequentemente com sentimentos de desgosto e alívio após a morte de um animal que foi submetido a um tratamento logo sem melhorias significativas. (Harvey, et al., 2001)

Veterinários e proprietários estabelecem, muitas vezes, durante os meses de tratamentos, ligações especiais. Aquando da morte do animal, o proprietário pode também

demonstrar desgosto resultante de uma perda secundária, o vínculo veterinário-cliente. Para pessoas com um suporte familiar limitado, esta perda secundária é considerável, pois muitas vezes os membros da equipa veterinária tornam-se companheiros na batalha do seu animal. Muitos proprietários sentem que têm uma ligação profunda com o veterinário e por isso têm dificuldades em cortar o relacionamento. (Harvey, et al., 2001)

É importante mostrar ao cliente que o relacionamento com ele se estende além do animal de companhia. Este sentimento pode ser demonstrado através de telefonemos depois de eutanásia/morte de animal (Harvey, et al., 2001)

É indispensável que o médico veterinário demonstre ao proprietário o quão comum e normal é sentir tristeza e até sentimentos de culpa quando se perde um animal de companhia (Edney, 1989; Frid & Perea, 2007).

Nas situações de eutanásia, o acompanhamento do proprietário deve ser realizado de forma continuada antes, durante e após o procedimento, podendo porém haver uma incapacidade por parte do médico-veterinário em realizar a mesma, quer por falta de tempo, de treino ou mesmo devido a sua ligação emocional ao animal (Marinelli, et al., 2007).

É muito importante que o veterinário tranquilize o proprietário dizendo que este foi um excelente dono e fez tudo que estava ao seu alcance e tomou a decisão certa no momento certo, deve também o médico veterinário demonstrar que se encontra disponível para futuras explicações ou dúvidas que possam surgir (Hart et al., 1990; Tait, 2003).

Não prestar o acompanhamento devido nesta fase sensível pode levar os proprietários a desenvolver sentimentos de falta de importância e de culpa sobre os profissionais ou a clínica onde ocorreu a eutanásia do animal, comprometendo assim futuras visitas com outros animais (Tait, 2003).

1.13. Suporte emocional para médico veterinário e restante equipa

O encontro com a eutanásia exige tempo e dedicação, e provoca alterações clínicas emotivamente exaustivas, nas quais o médico veterinário se encontra diariamente envolvido (Sanders, 1995). Os veterinários são os profissionais de saúde que mais frequentemente assistem à morte dos seus pacientes, sendo cinco vezes mais do que os médicos de medicina humana (Hart & Hart, 1987). É importante reconhecer que todos os membros da equipa veterinária precisam eles próprios de expressar as suas emoções (Epstein, et al., 2005).

Geralmente rodeado da dor do animal e/ou da doença, e da ansiedade e mágoa do proprietário, o médico veterinário sente necessidade de encontrar caminhos para enfrentar o seu lado emocional (Sanders, 1995). Não só o procedimento em si, como o próprio apoio prestado à família do animal, acarretam desgaste psicológico (Shaw & Lagoni, 2007). Com o objetivo de manter certa distância desta experiência emotiva, alguns profissionais utilizam o humor negro como artifício de proteção e procuram criar momentos de lazer no local de trabalho, outros porém, optam por temporariamente evitar a eutanásia, delegando o processo para outros colegas. Uma base de suporte mútuo beneficia toda a equipa veterinária, marcar reuniões semanais ou quinzenais com todos os elementos, para que se discutam os problemas emocionais e se troquem experiências com os colegas de profissão, são uma boa sugestão (Hart, et al., 1990; Sanders, 1995). É curioso referir que a eutanásia de animais acidentados, animais saudáveis ou dos pacientes mais antigos, são as que se revestem de maior carga negativa e causam maior tensão (Hart, et al., 1990).

Num estudo levado a cabo por Hart et al. (1990), a maioria dos veterinários inquiridos, alegou nunca ter aprendido durante a sua formação a lidar com a situação de eutanásia, e que as estratégias hoje desenvolvidas vieram unicamente da sua experiência prática. Afiançaram ainda, que o conhecimento pormenorizado em torno de todo o processo e o facto de se tornarem metódicos, é imperativo para que tudo se desenrole de forma serena e correta.

Perante a revisão bibliográfica apresentada, pretende-se com o presente trabalho responder à questão de investigação “Será que os médicos Veterinários estão sensibilizados para a importância clínica da Comunicação?”. Para responder a esta questão tentámos averiguar a importância atribuída à comunicação na prática clínica e se essa importância varia de acordo com a localização geográfica de atividade do clínico, da sua idade, dos seus anos de experiência e da área em que exerce.

2. Material e métodos

2.1. Inquérito

Para a realização deste trabalho foi elaborado um inquérito (Apêndice I) constituído por 20 questões relativas ao clínico e ao modo como comunica com o cliente. O questionário foi disponibilizado *on-line* e respetivo *link* foi enviado por e-mail para Centros de Atendimento Médico Veterinário (CAMV), usando a base de dados da Faculdade de Medicina Veterinária da Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias. O questionário foi visualizado por 279 pessoas durante o Mês de Julho e Agosto de 2013 e foi possível recolher 144 inquéritos devidamente preenchidos.

2.1.1. Análise estatística

Para a realização dos testes estatísticos utilizou-se o programa *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) Versão 20, tendo sido realizados os testes estatísticos Exato de Fisher, Chi-quadrado, Kappa e o Teste *Mann-Whitney*

O teste Chi-quadrado é utilizado para verificar a dependência entre duas variáveis categóricas. Este pode ser utilizado com variáveis discretas em que, quando organizadas numa tabela de contingência, não existam valores de frequências iguais a zero e que menos de 20% dos valores das frequências sejam superiores a cinco (Marôco, 2011).

No caso de haver mais que 20% de frequências com valores inferiores a 5 deve-se utilizar o teste exato de Fisher, que se baseia na distribuição de probabilidades das frequências da tabela. Porém, tal só se torna possível se as tabelas apresentarem uma margem fixa, ou seja, uma distribuição hipergeométrica (tabelas de contingência 2X2) (Marôco, 2011).

O teste de Mann-Whitney é um teste não-paramétrico que se apresenta como uma alternativa ao teste T quando os pressupostos deste não são verificados. Este teste é utilizado para avaliar a relação entre uma variável ordinal e uma dicotómica. Para a utilização do teste T é necessário que a amostra siga uma distribuição normal; já no caso do teste de Mann-Whitney tal não é necessário (Marôco, 2011).

No caso do teste Kappa, este é utilizado para avaliar a concordância entre respostas obtidas. Este teste baseia-se no número de respostas concordantes, ou seja, o número de respostas idênticas dadas por diferentes inquiridos. Este teste mede o grau de concordância além do que seria esperado fruto do acaso. O valor de Kappa varia entre -1 e

1 em que um corresponde a uma concordância total, zero uma concordância fruto do acaso e -1 um concordância totalmente oposta, ou seja, uma concordância menor do que seria esperado fruto do acaso e não tem influência na interpretação da concordância, não podendo ser usada como medida de discordância (Siegel & Castellan, 1988).

Landis e Koch sugerem ainda uma outra interpretação dos valores de Kappa que pode ser observada na tabela 1 (Landis & Koch, 1977).

Tabela 1 – Interpretação dos valores de Kappa segundo Landis e Koch

Valores de Kappa	Interpretação
<0	Sem concordância
0-0.19	Concordância pobre
0.20 – 0.39	Concordância razoável
0.40 – 0.59	Concordância moderada
0.60 – 0.79	Concordância substancial
0.80 – 1.00	Concordância quase perfeita

3. Resultados

3.1. Estatística descritiva

3.1.1. Dados recolhidos

A amostra foi constituída por 144 questionários, respondidos *on-line*, por Médicos Veterinários que exercem em Portugal Continental e nas regiões Autónomas da Madeira e dos Açores.

3.1.2. Distribuição geográfica

No que diz respeito à distribuição geográfica da amostra, obtivemos respostas de Médicos Veterinários de vários distritos, cuja distribuição está esquematizada na figura 1.

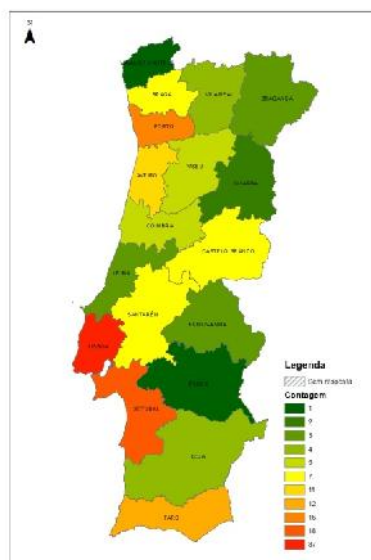


Figura 1 – Distribuição geográfica da amostra.

3.1.3. Idade dos inquiridos

Quanto à idade dos inquiridos obteve-se um intervalo entre os 24 e os 61 anos, sendo que a média se situa nos 32 anos ($s = 7$) e a moda em 25 anos.

3.1.4. Anos de experiência dos inquiridos

Relativamente aos anos de experiência profissional obtivemos respostas variando entre 4 meses e 30 anos de experiência. A média foi de aproximadamente 7 anos ($s=6,7$) e a moda de 1 ano de experiência.

3.1.5. Importância atribuída pelos inquiridos à comunicação na prática clínica.

Numa escala, de um a cinco para classificar a importância que os inquiridos atribuem à comunicação na prática clínica, em que um é sem importância e cinco de extrema importância, apenas se registaram classificações de graus quatro (15,3%) e cinco (84,7%) (figura 2).

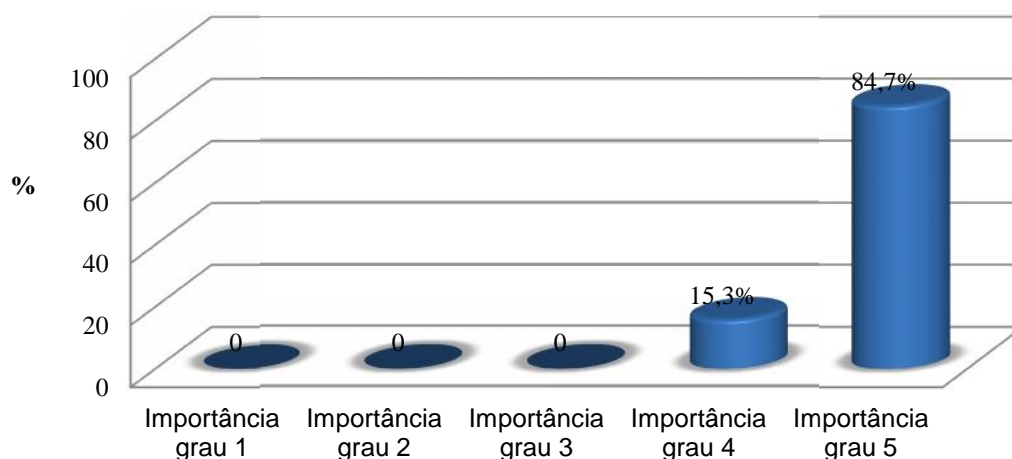


Figura 2 – Grau de importância da comunicação na perspectiva dos inquiridos.

3.1.6. Área profissional em que os inquiridos exercem clínica

Relativamente à área profissional em que exercem clínica, os inquiridos poderiam escolher mais do que uma área. Obtivemos como resultados que 120 praticam apenas clínica de animais de companhia, um apenas clínica de equinos, sete apenas clínica de espécies pecuárias, um prática clínica de espécies pecuárias e clínica de equinos, cinco praticam clínica de equinos e animais de companhia, oito clínica de animais de companhia e espécies pecuárias e três clínica de animais de companhia de equinos e de espécies pecuárias. Na tentativa de simplificar a interpretação destes resultados elaborou-se o diagrama da figura 3.

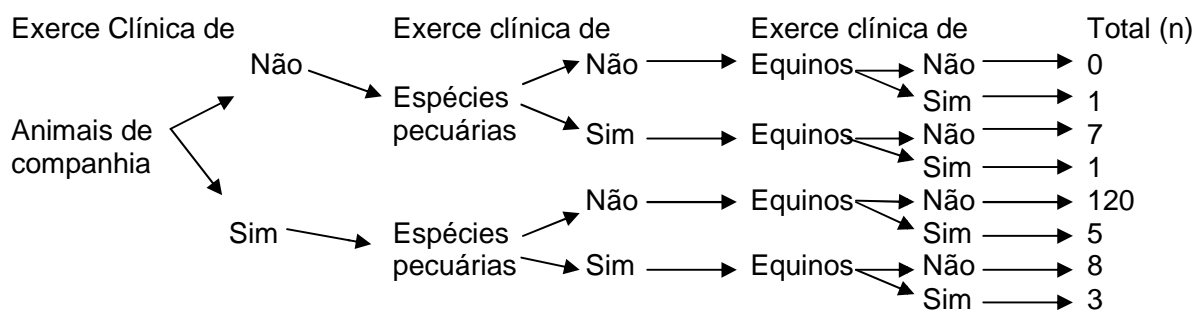


Figura 3 – Área profissional em que os inquiridos exercem clínica.

3.1.7. Formação em comunicação, recebida durante a licenciatura/mestrado.

Na questão “Julga que a formação que recebeu durante a sua Licenciatura/Mestrado Integrado foi suficiente?”, cujos resultados são apresentados no gráfico da figura 4, 87% dos inquiridos responde não, apenas 10% julga que essa formação foi suficiente e 3% não responde ou não sabe (figura 4).

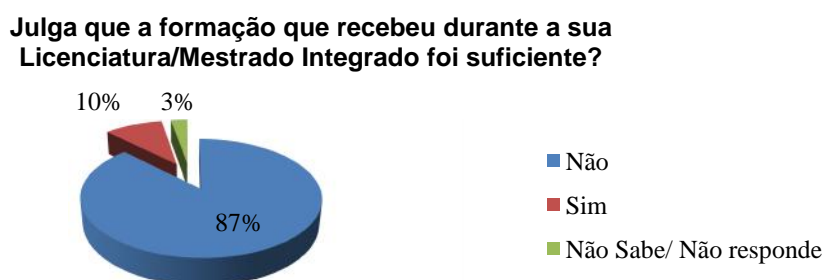


Figura 4 – Formação recebida em comunicação durante a formação académica.

3.1.8. Formações realizadas após conclusão da licenciatura/mestrado.

Quando questionados sobre se realizaram alguma formação na área de comunicação após terem terminado o seu percurso académico, apenas 16% dos inquiridos respondeu afirmativamente, 83% dos mesmos não realizou, e 1% optou por não responder (figura 5).

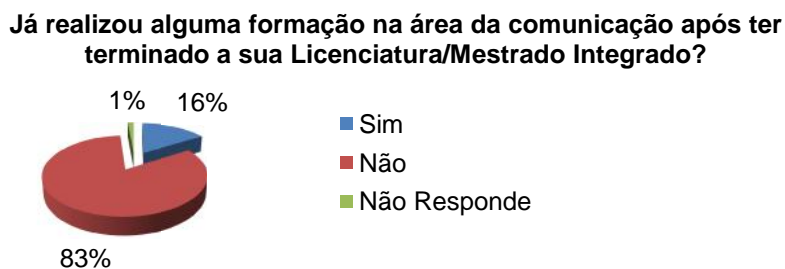


Figura 5 – Formações realizadas após conclusão da licenciatura/mestrado.

3.1.9. Disponibilidade de formações na área.

Na questão “*Na sua opinião, julga haver no mercado formações suficientes nesta área?*”, 43% dos inquiridos confessa nunca ter procurado, 45% julga não haver no mercado formações suficientes e, apenas, 12% dos inquiridos respondeu afirmativamente (figura 6).

Julga haver no mercado formações suficientes nesta área?

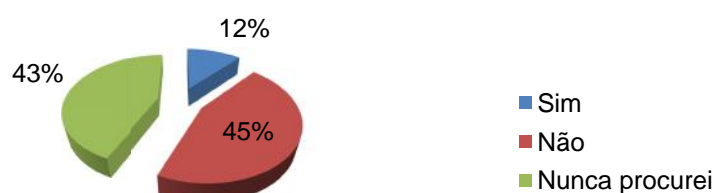


Figura 6 – Opinião sobre a disponibilidade de formação na área.

3.1.10. Disponibilidade dos inquiridos para investir em formação na área de comunicação.

Na questão “*Estava disposto a investir na sua formação na área da comunicação?*”, 65% dos inquiridos estavam dispostos a investir nesta área, 25% não tinha essa disponibilidade e 10% não responde (figura 7).

Estava disposto a investir na sua formação na área da comunicação?

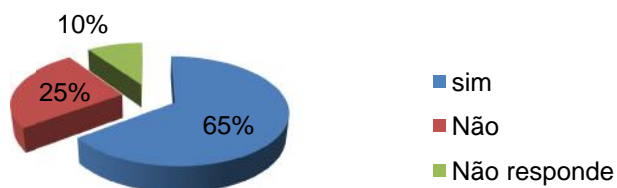


Figura 7 – Disponibilidade dos inquiridos para investir em formação na área da comunicação

3.1.11. Frequência com que os inquiridos sentem dificuldade em falar com os clientes.

Na questão “Com que frequência sente dificuldade em falar com o cliente?” utilizando novamente uma escala de um a cinco, em que um significa nunca e cinco constantemente, 1% dos inquiridos respondeu cinco, 15% responderam quatro, 36% responderam três, 29% responderam dois e 19% responderam um (figura 8).

Com que frequência sente dificuldade em falar com o cliente ?

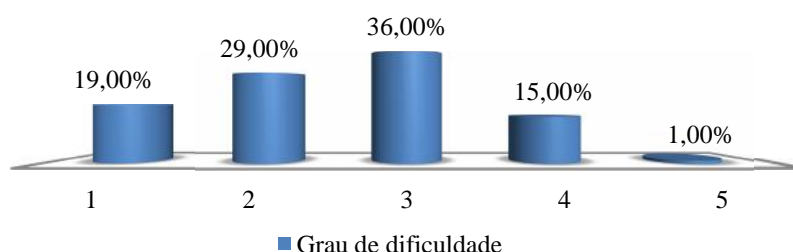


Figura 8 – Frequência com que os inquiridos sentem dificuldade em falar com o cliente.

Foi, também, solicitado aos inquiridos que dessem alguns exemplos de dificuldades que já enfrentaram ao comunicar com os seus clientes. As respostas obtidas podem ser divididas em 2 grupos:

Situações inerentes ao caso clínico, em que foram referidas situações como explicação de tratamentos e honorários de serviços.

Situações inerentes ao proprietário, tais como o modo como os proprietários vêem o médico veterinário, clientes mal-educados, donos que não têm uma relação de afeto com o animal, donos que já recolheram previamente informação da internet, muitas vezes errada, determinados grupos mais particulares tais como os caçadores e os criadores, elementos da mesma família com opiniões contraditórias. Ainda, foram descritas limitações dos proprietários, como o não entenderem jargões médicos, clientes iletrados, com nível cultural baixo, clientes que não admitem que não entendem a explicação do clínico ou a existência da barreira linguística com clientes estrangeiros.

3.1.12. Adequação do modo de comunicar com grupos especiais.

Na questão “*Adequa o seu modo de comunicar a populações especiais?*” e em que, no inquérito, eram dados como exemplo de grupos especiais grupos crianças e os idosos, 97% dos inquiridos respondeu que adequa o seu modo de comunicar e apenas 3% revela não alterar o seu modo de falar com estes grupos, (figura 9).

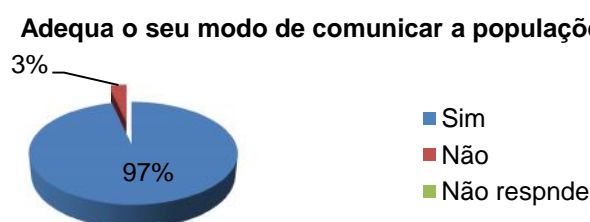


Figura 9 – Percentagem de inquiridos que adequa o seu modo de comunicar a populações especiais.

3.1.13. Protocolo para dar más notícias.

Na questão “*Conhece/segue algum protocolo para dar más notícias?*”, 67% dos inquiridos confessa não conhecer ou não seguir um protocolo para transmitir más notícias, apenas 31% dos inquiridos o fazem e 2% não respondeu à questão, como se pode ver na figura 10.

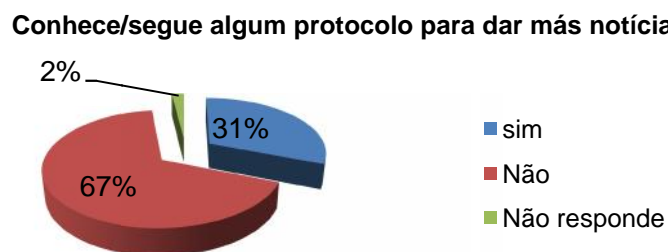


Figura 10 - Percentagem de inquiridos que conhece/segue algum protocolo para dar más notícias.

3.1.14. Acompanhamento após eutanásia.

Quando inquiridos sobre “*Faz algum tipo de acompanhamento ao dono após a realização da eutanásia?*”, 82% dos inquiridos afirma não a realizar, 17% dos inquiridos faz esse acompanhamento e 1% não respondeu (figura 11).

Faz algum tipo de acompanhamento ao dono após a realização da eutanásia?

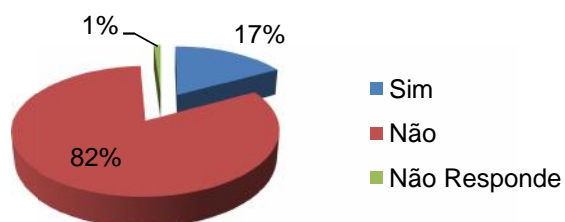


Figura 11 - Percentagem de inquiridos que realiza algum tipo de acompanhamento ao dono, após realizar uma eutanásia.

Na questão aberta relativa a esta pergunta os inquiridos eram solicitados a referirem alguns exemplos de meios de acompanhamentos aos donos após a eutanásia do seu animal de companhia. Foi possível verificar que o meio de eleição dos clínicos para realizar este tipo de acompanhamento é a chamada telefónica, seguida do envio de postal de condolências. Alguns clínicos referem, também, que aproveitam a ocasião para sugerir a adoção de um novo animal de companhia ou estimulam um regresso à clínica por parte dos donos de modo a realizarem um acompanhamento pessoal.

3.1.15. Iniciativa de questionar os donos se desejam assistir à eutanásia.

Na questão “*Quando realiza uma eutanásia tem a iniciativa de perguntar ao dono se deseja assistir?*”, 90% dos inquiridos admite fazê-lo, 9% não o faz e 1% não respondeu (figura 12).

Quando realiza uma eutanásia tem a iniciativa de perguntar ao dono se deseja assistir?"



Figura 12 - Percentagem de inquiridos que, quando realiza uma eutanásia, tem a iniciativa de questionar o dono se deseja assistir.

3.1.16. Métodos para lidar com o stress de dar mas notícias.

Na questão “*Que métodos utiliza para lidar com o stress ao dar más notícias?*” 63.9% dos clínicos admite não utilizar método algum (para lidar com o stress), 14,6% dos inquiridos responderam que utiliza as reuniões de grupo com a equipa, 16,7% dos inquiridos utiliza o humor negro, 12,5% o desporto, 4,2% o apoio espiritual e 9,7% outros métodos (figura 13). A quem respondeu outros métodos eram solicitados alguns exemplos e a maior parte dos clínicos deu como exemplos racionalizar perante a realidade ou procurar o apoio da família e amigos.

Que metodos utiliza para lidar com o stress ao dar más noticias?

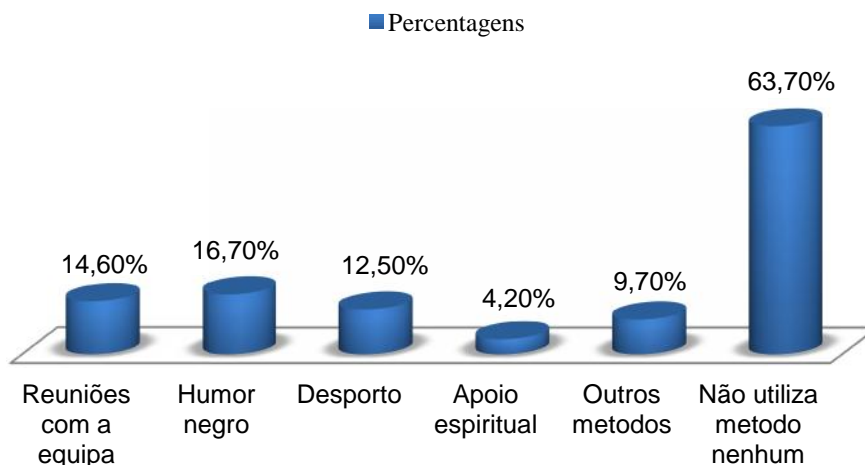


Figura 13 – Métodos utilizados pelos inquiridos para lidarem com o stress.

3.1.17. Frequência com que os inquiridos sentem dificuldade em abordar o tema eutanásia.

Na questão “Com que frequência sente dificuldade em abordar o tema eutanásia?” Numa escala de um a cinco, em que um significa raramente e cinco constantemente, 5% dos inquiridos responderam uma frequência grau cinco, 15% atribuíram uma frequência grau quatro, 29% grau três, 19% grau dois e 32 % optaram por não responder (figura 14).

Com que frequência sente dificuldade em abordar o tema eutanásia?

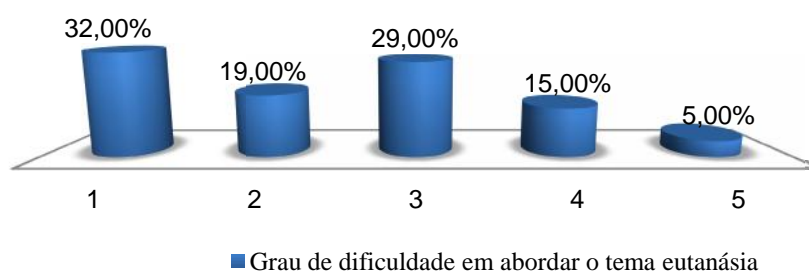


Figura 14 – Frequência com que os inquiridos sentem dificuldade em abordar o tema eutanásia.

No final do questionário foi perguntado ao inquirido se havia algum episódio relacionado com a eutanásia que o tivesse marcado. Nesta questão foram relatados casos de eutanásia do próprio animal ou do de alguém muito próximo, eutanásia de animais que acompanhavam há muito tempo, donos que aparentavam ser emocionalmente fortes e, durante o ato, demonstram todo o seu sofrimento, casos de pressão social sobre donos que os leva à decisão de eutanasiar o seu animal de estimação doente, donos que se opõem determinantemente à eutanásia mesmo com o animal em sofrimento e outros com a ideia fixa de eutanasiar o animal sem considerar as hipóteses de tratamento. Foram, ainda, relatados embora em menor número, casos de eutanásia por dificuldades económicas dos donos em suportar os tratamentos, dificuldades dos clínicos em confortar os clientes após a realização da eutanásia e erros de comunicação quando o dono não entendeu que a eutanásia teria como desfecho a morte do animal.

3.2. Estatística Inferencial

3.2.1. Importância atribuída à comunicação na prática clínica vs distrito onde exerce clínica.

Cruzaram-se os dados relativos à importância atribuída pelos inquiridos à comunicação na prática clínica e a zona do país onde exercem, para a realização dos testes estatísticos, tendo os inquiridos sido agrupados em três grupos (exerce clínica no distrito de Lisboa, exerce clínica no distrito do Porto e exerce clínica nos restantes distritos)

Ao testar a importância atribuída à comunicação pelos inquiridos a exercer em Lisboa face aos inquiridos a exercer nos restantes distritos, o teste exato de Fisher sugere que não existe relação estatisticamente significativa ($p=0,769$), e o teste de concordância sugere existir uma concordância pobre ($K=0,015$).

No caso dos inquiridos a exercer no distrito do Porto face aos restantes distritos, os resultados foram muito semelhantes, tendo sido obtido pelo teste exato de Fisher um valor de *sig.* de 0.9 o que sugere não existir relação estatisticamente significativa entre as variáveis. Também o teste de concordância sugere existir uma concordância pobre ($K=-0.027$).

3.2.2. Importância atribuída à comunicação na prática clínica vs área profissional em que exerce.

Cruzaram-se os dados relativos à importância atribuída pelos inquiridos à prática clínica e a área profissional em que exercem. Para a realização dos testes estatísticos agruparam-se os inquiridos em dois grupos (só exerce clínica de animais de companhia e exerce também outros tipos de clínica)

O teste exato de Fisher sugere que não existe relação estatisticamente significativa entre as variáveis em estudo ($p=0,370$). O teste de concordância sugere existir uma concordância pobre ($K=-0,025$).

3.2.3. Importância atribuída à comunicação na prática clínica vs idade dos inquiridos.

Cruzaram-se os dados relativos à importância atribuída pelos inquiridos à comunicação na prática clínica e a idade dos inquiridos e o teste Mann-Whitney sugere que não existe relação estatisticamente significativa entre as variáveis ($p=0,354$).

3.2.4. Importância atribuída à comunicação na prática clínica vs anos de experiência.

Cruzaram-se os dados relativos à importância atribuída pelos inquiridos à prática clínica e os anos de experiência dos inquiridos e o teste Mann-Whitney sugere que não existe relação estatisticamente significativa entre as variáveis ($p=0,425$).

3.2.5. Importância atribuída à comunicação na prática clínica vs formação recebida durante o percurso académico.

Cruzaram-se os dados relativos à importância atribuída pelos inquiridos à comunicação na prática clínica e os dados obtidos com a questão *“Julga que a formação que recebeu, em comunicação, durante a sua Licenciatura/Mestrado Integrado, foi suficiente?”*. Para a realização dos testes estatísticos não foram utilizadas as respostas *“Não sabe/Não responde”* da variável *“Julga que a formação que recebeu, em comunicação, durante a sua Licenciatura/Mestrado Integrado foi suficiente?”*

O teste exato de Fisher sugere que não existe relação estatisticamente significativa entre as variáveis ($p=0,69$) e o teste de concordância sugere existir uma concordância pobre ($K=0,009$).

3.2.6. Importância atribuída à comunicação na prática clínica vs formações realizadas na área.

Cruzaram-se os dados relativos à importância atribuída pelos inquiridos à prática clínica e os dados obtidos com a questão *“Já realizou alguma formação na área da comunicação após ter terminado a sua Licenciatura/Mestrado Integrado?”*. Para a realização dos testes estatísticos não foram utilizadas as respostas *“Não sabe/Não responde”* da variável *“Já realizou alguma formação na área da comunicação após ter terminado a sua Licenciatura/Mestrado Integrado?”*.

O teste exato de Fisher sugere que não existe relação estatisticamente significativa entre as variáveis ($p= 0,9$) e o teste de concordância sugere existir uma concordância pobre ($K=0,003$).

3.2.7. Importância atribuída à comunicação na prática clínica vs disponibilidade para investir em formação na área.

Cruzaram-se os dados relativos à importância atribuída pelos inquiridos à prática clínica e os dados obtidos com a questão *“Estava disposto a investir na área de*

comunicação?”. Para a realização dos testes estatísticos não foram utilizadas as respostas “*Não sabe/Não responde*” da variável “*Estava disposto a investir na área de comunicação?”*”.

O teste exato de Fisher sugere que não existe relação estatisticamente significativa entre as variáveis ($p=0,426$), o teste de concordância sugere existir uma concordância pobre ($K=0,012$).

3.2.8. Importância atribuída à comunicação na prática clínica vs adequação do modo de comunicar com populações especiais.

Cruzaram-se os dados relativos à importância atribuída pelos inquiridos à prática clínica e os dados obtidos com a questão “*Adequa o seu modo de comunicar a populações especiais?”*”. Para a realização dos testes estatísticos não foram utilizadas as respostas “*Não sabe/Não responde*” da variável “*Adequa o seu modo de comunicar a populações especiais?”*”.

O teste exato de Fisher sugere que não existe relação estatisticamente significativa entre as variáveis ($p= 0,167$) e o teste de concordância sugere existir uma concordância pobre ($K=0,097$).

3.2.9. Importância atribuída à comunicação na prática clínica vs protocolos para dar más notícias.

Cruzaram-se os dados relativos à importância atribuída pelos inquiridos à prática clínica e os dados obtidos com a questão “*Conhece/segue algum protocolo para dar más notícias?”*”. Para a realização dos testes estatísticos não foram utilizadas as respostas “*Não sabe/Não responde*” da variável “*Conhece/segue algum protocolo para dar más notícias?”*”.

O teste exato de Fisher sugere que não existe relação estatisticamente significativa entre as variáveis ($p= 0,05$) e o teste de concordância sugere existir uma concordância pobre ($K=0,031$).

3.2.10. Importância atribuída à comunicação na prática clínica vs acompanhamento pós-eutanásia.

Cruzaram-se os dados relativos à importância atribuída pelos inquiridos à prática clínica e os dados obtidos com a questão “*Faz algum tipo de acompanhamento ao dono após a realização de uma eutanásia?”*”. Para a realização dos testes estatísticos não foram

utilizadas as respostas “Não sabe/Não responde” na variável “Faz algum tipo de acompanhamento ao dono após a realização de uma eutanásia?”.

O teste exato de Fisher sugere que não existe relação estatisticamente significativa entre as variáveis ($p=0,202$) e o teste de concordância sugere existir uma concordância pobre ($K=0,020$).

3.2.11. Formação académica na área de comunicação vs disponibilidade para investir na formação em comunicação.

Cruzaram-se os dados obtidos na questão “Julga que a formação que recebeu em comunicação durante a sua licenciatura/mestrado integrado foi suficiente?” com os obtidos na questão “Estava disposto(a) a investir na sua formação na área de comunicação?”. Para a realização dos testes estatísticos não foram utilizadas as respostas “Não sabe/ Não responde” em ambas as variáveis.

O teste exato de Fisher sugere que não existe relação estatisticamente significativa entre variáveis ($p=0,135$) e o teste de concordância sugere existir uma concordância pobre ($K=-0,051$).

3.2.12. Formação académica em comunicação vs opinião sobre número de formações em comunicação existentes no mercado.

Cruzaram-se os dados obtidos na questão “Julga que a formação que recebeu em comunicação durante a sua licenciatura/mestrado integrado foi suficiente?” com os dados obtidos na questão “Na sua opinião, julga que existem no mercado formações suficientes nesta área?”. Para a realização dos testes estatísticos não foram utilizadas as respostas “Não sabe/Não responde” na variável “Julga que a formação que recebeu em comunicação durante a sua licenciatura/mestrado integrado foi suficiente?”.

O teste Chi-quadrado sugere que não existe relação estatisticamente significativa entre as variáveis “ ($p=0,00$), e o teste de concordância sugere existir uma concordância pobre ($K=0,110$).

3.2.13. Formação académica em comunicação durante a licenciatura/mestrado vs formações já realizadas na área da comunicação.

Cruzaram-se os dados obtidos na questão “Julga que a formação que recebeu em comunicação durante a sua licenciatura/mestrado integrado foi suficiente?” com os dados obtidos na questão “Já realizou alguma formação na área da comunicação após ter

terminado a sua licenciatura/mestrado integrado?”. Para a realização dos testes estatísticos não foram utilizadas as respostas “*Não sabe/Não responde*” em ambas as variáveis.

O teste exato de Fisher sugere que não existe relação estatisticamente significativa entre as variáveis ($p=0,237$), e o teste de concordância sugere existir uma concordância pobre ($K=0,113$).

3.2.14. Importância da comunicação na prática clínica vs formações disponíveis no mercado.

Cruzaram-se os dados relativos à importância atribuída pelos inquiridos à prática clínica e os dados obtidos com a questão “*Na sua opinião, julga que existem no mercado formações suficientes nesta área?*”.

O teste Chi-quadrado sugere que não existe relação estatisticamente significativa entre as variáveis ($p=0,280$) e o teste de concordância sugere existir uma concordância pobre ($K=0,056$).

4. Discussão

Analisando as respostas obtidas podemos constatar que todos os inquiridos admitem a grande importância que a comunicação tem na prática clínica, uma vez que não foram obtidas respostas que atribuíssem à comunicação uma importância abaixo do grau quatro, tendo mesmo a maioria, 84,7% (figura 1) atribuído o grau cinco, numa escala de um a cinco.

Além da importância atribuída à comunicação os inquiridos demonstraram, também, insatisfação face à formação adquirida durante o seu percurso académico, com 87% dos inquiridos (figura 4) a considerarem que a formação na área da comunicação foi insuficiente, resultado que vai ao encontro da literatura segundo o artigo “*Association Humane euthanasia and companion animal death: caring for the animal, the client, and the veterinarian*” publicado por Hart e seus colaboradores em 1990 no *Journal of the American Veterinary Medical Association Humane*, em que Hart afirma que a maioria dos veterinários, alega nunca ter aprendido durante a sua formação a lidar com situações de eutanásia. Do mesmo modo que Shaw & Lagoni (2007) confirmam a importância da comunicação e salientam ser exactamente este o ponto fraco dos veterinários recém-licenciados.

Contrariamente a estes valores, e ao esperado, apenas 16% dos inquiridos (figura 5) já realizou alguma formação na área após ter terminado a sua Licenciatura/Mestrado e 43% (figura 6) nunca sequer procurou no mercado formação nesta área. Este dado pode estar relacionado com o facto de a grande maioria dos inquiridos ser formada há menos de um ano, uma vez que, quando abordados relativamente à questão se estariam dispostos a investir na área, 65% dos inquiridos (figura 7) respondeu afirmativamente.

Relativamente à dificuldade em comunicar com os clientes, foi possível verificar que apenas 16% dos inquiridos (figura 8) atribuiu um valor superior a grau três. Talvez este dado se prenda com o facto de 97% dos inquiridos (figura 9) confirmar que altera e adequa o seu modo de comunicar com populações especiais.

No entanto, e apesar da importância atribuída à comunicação na prática clínica pelos inquiridos, só 17% destes (figura 11) faz algum tipo de acompanhamento aos donos após a realização de uma eutanásia e apenas 31% (figura 10) conhece e segue um protocolo para comunicar más notícias. Estes são, contudo, pontos referidos na literatura, como sendo de extrema importância no estabelecimento de uma comunicação eficaz (Harvey et al., 2001; Marinelli, et al., 2007; Tait, 2003).

Ao cruzarmos as variáveis estatísticas em estudo, utilizando o teste estatístico Chi-quadrado e o teste exato de Fisher para as variáveis categóricas e o teste Mann-Whitney para o cruzamento das variáveis categóricas com as variáveis contínuas, observou-se uma independência das variáveis em todas as situações.

No que diz respeito ao cruzamento da localização geográfica dos inquiridos e a importância atribuída à comunicação na prática clínica reorganizou-se a variável “Localização Geográfica” em três variáveis “Distrito do Porto”, “Distrito de Lisboa” e “Restantes Distritos”. Porém, ainda assim, não foi evidenciada qualquer dependência entre as variáveis. Esta divisão na amostra “Localização Geográfica” foi realizada na tentativa de ir ao encontro do eventual pressuposto de que os Clínicos nos CAMV das grandes cidades se encontram mais sensibilizados para o tema da comunicação.

Reorganizou-se, também, a variável “Área em que exerce Clínica” em duas variáveis “Só clínica de pequenos animais” e “Outros tipos de clínica”, que cruzámos com a variável “Importância da Comunicação na prática clínica” de modo a averiguar se a importância atribuída à comunicação pelos clínicos era dependente da área onde exercem clínica mas, uma vez mais, as variáveis revelaram-se independentes.

Ao cruzar as variáveis numéricas “Idade dos inquiridos” e “Anos de experiência dos inquiridos” com a variável “Importância da Comunicação na prática clínica”, através do teste estatístico Mann-Whitney, uma vez mais observou-se a independência das variáveis.

Perante a independência da variável “importância da comunicação na prática clínica” face a todas as variáveis testadas de modo a responder aos objetivos específicos a que este estudo se propunha resolvemos, então, testar a independência dessa variável em relação a todas as outras. Após a realização dos testes estatísticos essa independência foi comprovada.

Apesar da independência das variáveis, no caso do cruzamento da variável “Importância clínica da comunicação na prática clínica” e a variável “Conhece/segue algum protocolo para dar más notícias?”, o valor de *Sig.* ficou no limite de significância ($\text{sig} = 0.05$), pelo que será pertinente a realização de um estudo mais elaborado.

Cruzou-se, igualmente, a variável *“Julga que a formação que recebeu em comunicação durante a sua licenciatura/mestrado integrado foi suficiente?”* com as variáveis *“Estava disposto(a) a investir na sua formação na área de comunicação?”*, *“Na sua opinião, julga que existem no mercado formações suficientes nesta área?”* e com a variável *“Já realizou alguma formação na área da comunicação após ter terminado a sua*

licenciatura/mestrado integrado?”, de modo a inferir a dependência entre as mesmas, porém, observou-se que são independentes.

Perante a independência de todas as variáveis testadas realizou-se o Teste Kappa que analisa a concordância nas respostas entre diferentes inquiridos e confirmou-se a ausência de concordância entre as mesmas, o que sugere uma aleatoriedade de respostas e tem como consequência um enviesamento dos resultados.

Esta aleatoriedade de respostas pode dever-se a vários fatores, tais como, o tempo dedicado à resposta ao inquérito, a pouca honestidade nas respostas devido à pressão crescente que existe sobre os profissionais para que assumam a comunicação como um fator importante na sua prática clínica, a delegação do preenchimento do questionário a outros membros do CAMV que não os clínicos, diferentes graus da perceção da importância entre clínicos, deformações das respostas devido à presença de perguntas personalizadas ou a uma má interpretação do questionário.

De modo a tentar minimizar este enviesamento e obter resultados mais sustentáveis, sugere-se a realização de questionários presenciais, conscientes de todos os obstáculos que o mesmo acarreta, e sem perguntas personalizadas de modo a evitar uma possível atitude defensiva por parte dos inquiridos.

Nas respostas às questões abertas, nomeadamente quando pedido aos clínicos para darem exemplos de dificuldades em comunicar com os clientes, é de salientar que, em caso algum, foi considerado que a origem do problema pudesse estar relacionada com a sua (in)habilidade para comunicar, tendo em todas as situações este ónus sido transmitido para o cliente ou para a complexidade do caso clínico.

5. Conclusão

Ao analisar os dados estatísticos do presente estudo verificámos que os resultados são inconclusivos, uma vez que, com base na análise estatística as variáveis são sempre independentes. Podemos observar, também, que as respostas não vão de encontro ao esperado, um exemplo disso é que 84,7% (figura 1) dos inquiridos atribuiu uma importância grau cinco à comunicação, mas 43 % dos inquiridos (figura 6) nunca procurou formações na área.

Ficou, também, provada a aleatoriedade das respostas com a realização do teste Kappa.

Relativamente à independência entre as diferentes variáveis constatou-se que, o valor de significância dos testes estatísticos variou bastante. O valor de *Sig.* que ficou mais perto da significância foi o da relação entre a variável sobre a importância atribuída à comunicação da prática clínica e as respostas relacionadas com situações em que essa comunicação deve ou não ser utilizada, ou em situações em que o entrevistado sentiu necessidade de ter mais competências comunicativas para lidar com determinadas situações.

Bem exemplificativo disto é o facto de que quem respondeu que a importância da comunicação é grande ter referido que adequa o seu modo de comunicar a populações especiais. Esta dependência poderá estar relacionada com a constatação da importância da comunicação ao ter que a adaptar para as «populações especiais».

Outra contradição verificada com este inquérito prende-se com o facto de a maioria dos inquiridos atribuírem uma elevada importância à comunicação, confessarem que a formação que receberam nesta área durante o seu percurso académico não foi suficiente e, mesmo assim, quando as dificuldades de comunicação surgem atribuírem-nas aos clientes e à complexidade dos casos clínicos.

Fica, no entanto, a dúvida se a importância da comunicação é realmente independente das restantes variáveis ou se este dado resulta do enviesamento dos resultados.

Para futuro seria interessante a realização de um estudo mais aprofundado e minucioso, com a realização de entrevistas presenciais e questionários de respostas abertas, tendo sempre em consideração todas as limitações de tais métodos de questionários.

6. Referências Bibliográficas

- Abreu, J. L. P., 1998. *Comunicação e Medicina*. Coimbra: Virtualidade.
- Adams, C., Bonnett, N. & Meek, A., 2000. Predictors of owner response to companion animal death in 177 clients from 14 practices in Ontário. *Journal of the American Veterinary Medical Association*, Volume 217 (9), pp. 1303-1309.
- Adams, C. L. B. B. N. & M. A. H., 1999. Owner response to companion animal death: development of a theory and practical implications.. *The Canadian Veterinary Journal*, Volume 40 (1), pp. 33-39.
- Adms, C. L. & M., F. R., 2007. It May Be a Dog's Life But the Relationship with Her Owners Is Also Key to Her Health and Well Being: Communication in Veterinary Medicine. *Veterinary Clinics Small Animal Practice*, Volume 37, pp. 1-17.
- Antelyes, J., 1998. The human side of veterinary medicine: convenience euthanasia revisited. *Journal of the American Veterinary Medical Association*, Volume 193 (8), pp. 906-908.
- Argyle, M., 2002. *The Role of Non-Verbal Communication in Relationships, Happiness and Religion*. Porto , Fundação Bial , pp. 49-72.
- Bentubo, H. D. L., Tomaz, M. A. & Lallo, M. A., 2007. Expectativa de vida e causas de morte em cães na área metropolitana de São Paulo, Brasil. *Ciência Rural, Santa Maria*, pp. 1021-1026.
- Buckman, R., 1992. How to break bad news. *The Johns Hopkins University Press*, Volume 1, pp. 65-97.
- Butler, C. M. S., M., W. S. D. V. & Koll, S. M. A. ..., 2002. Perceptions of fourth-year veterinary students regarding emotional support of clients in veterinary practice in the veterinary college curriculum. *Journal of the American Veterinary Medical*, Volume 221 (3), pp. 360-363.
- Carson, C. A., 2007. Nonverbal Communication in Veterinary Practice. *Veterinary clinics Small Animal Practice*, Volume 37, pp. 49-63.

Cornell, K., J., B. & K., B., 2007. Effective communication. In: *Veterinary Clinics of North America Small Animal Practice*. Philadelphia: W.B. Saunders.

Edney, A. T. B., 1989. Killing with kindness. *The Veterinary Record*, Volume 124 (13), pp. 320-322.

Epstein, M. et al., 2005. American Animal Hospital Association – Senior guidelines for dogs and cats. *Journal of the Animal Hospital Association*, Volume 41 (2), pp. 81-91.

Fiske, J., 1993. *Introdução ao Estudo da Comunicação*. Porto: ASA.

Fontes, E. M., 1995. Métodos de Eutanásia. *Revista Portuguesa de Ciências Veterinárias*, Volume XC 515, pp. 104-109.

Frid, M. H. & Perea, A. T., 2007. Euthanasia & thanatology in small animals. *Journal of Veterinary Behavior: Clinical Applications and Research*, pp. 35-39.

Frid, M. H. & Perea, A. T., 2007. Euthanasia & thanatology in small animals. *Journal of Veterinary Behavior*, Volume 2, pp. 35-39.

Hart, L. A., Hart, B. L. & Mader, B., 1990. Humane euthanasia and companion animal death: caring for the animal, the client, and the veterinarian. *Journal of the American Veterinary Medical Association*, Volume 197 (10), pp. 1292-1299.

Hart, L. & Hart, B., 1987. Grief and stress from so many animal deaths. *Companion Animal Pract*, Volume 1, pp. 20-21.

Harvey, A. et al., 2001. A Bond-centered practice approach to diagnosis, treatment, and euthanasia.. In: *Withrow and MacEwen's Small Animal Clinical Oncology (3ª Edição)*. Filadelfia: W.B. Saunders Company, pp. 672-681.

Jalongo, R., 2004. On Behalf of Children: "Building a Case for Sound Amplification in Early Childhood Settings". *Early Childhood Education Journal*, Volume 31 (3), pp. 153-155.

Lagoni, L., Butler, C. & Hetts, S., 1994. The human-animal bond and grief. In: Philadelphia: WB Sauders.

Landis, J. & Koch, G., 1977. The measurement of observer agreement for categorical data. *Biometrics*, Volume 33 (1), pp. 159-177.

Lloyd, M. & Bor, R., 2009. *Communication Skills for Medicine*. 3 ed. New York : Elsevier Limited.

Lopes, P., 2008. Dilema da Eutanásia.. *Veterinaria Actual*, Volume 8, p. 7.

Louzã, A. C., 2007. *Eutanásia animal*. Lisboa, s.n., pp. 1-5.

Luna, S. P. L. & Teixeira, M. W., 2007. Eutanásia: considerações éticas e indicações técnica. *Revista do Conselho Federal de Medicina Veterinária – Brasília*, Volume 41, pp. 60-69.

Marinelli, L., Adamelli, S., Normando, S. & Gabriele, B., 2007. Quality of life of the pet dog: influence of owner and dog's characteristics.. *Applied Animal Behaviour Science*, Volume 108, pp. 143-156.

Marôco, J., 2011. *Análise Estatística com o SPSS Statistics*. 5 ed. Pero Pinheiro: Report Number.

Martin, F., Ruby, K., Deking, T. & Taunton, A., 2004. Factors associated with client, staff, and student satisfaction regarding small animal euthanasia procedures at a veterinary teaching hospital. *Journal of The American Veterinary Medical Association*, Volume 224(11), pp. 1774-1779.

McMillan, F. D., 2001. Rethinking euthanasia: death as an unintentional outcome. *Journal of the American Veterinary Medical Association*, Volume 219 (9), pp. 1204-1206.

McMillan, F. D., 2003. Patient quality of life issues for technicians. *The American Veterinary Medical Association*, Issue (proceedings).

McNicholas, J. & Collis., G., 2001. Childrens representations of pets in their social networks. *Child care, Health and Development* , Volume 27, pp. 279-294.

Mikkelsen, J. & Lund, J., 2010. Euthanasia of dogs due to behavioural problems: an epidemiological study of euthanasia of dogs in Denmark, with a special focus on problems of aggression.. *European Journal of Companion Animal Practice*, Volume 2, pp. 143-150.

Molina Healthcare, 2004. *Medical Jargon & Clear Communication*. California , s.n.

Nunes, M. J. M., 2010. *Comunicação em Contexto Clínico*. Liboa: s.n.

Olson, P. N. & Collins, F., 1990. Concerned about euthansia of healthy, homeless animals.. *Journal of the American Veterinary Medical Association*, Volume 196, p. 10.

PAWSitive InterAction, 2002. *A Scientific Look at the Human-Animal Bond*, Atlanta: s.n.

Reichenbach, T. & Snook, S. S., 1989. Euthanasia of healthy pets. *Journal of the merican Veterinary Medical Association*, Volume 194 (1), p. 6.

Rogers, J., Hart, L. & Boltz, R., 1993. The Role of Pet Dogs in Casual Conversations of Elderly Adults. *The Journal of Social Psychology*, Volume 133, pp. 265-277.

Rollin, B. E., 2006. An ethicist's commentary on characterizing of convenience euthanasia in ethical terms. *The Canadian Veterinary Journal*, Volume 47 (11), p. 742.

Sanders, C. R., 1995. Killing with kindness: veterinary euthanasia and the social construction of personhood. *Sociological Forum*, Volume 10, pp. 195-214.

Shaw, J. R. & Lagoni, L., 2007. End-of-life Communication in Veterinary Medicine: Delivering Bad News and Euthanasia Decision Making. *Veterinary Clinics Small Animal Practice*, Volume 37 (1), pp. 95-108.

SIEGEL, S. & CASTELLAN, N., 1988. *Nonparametric Statistics for the Behavioral Sciences*. 2 ed. New York: McGraw-Hill.

Silva, J. F. d., 2008. Eutanásia. Técnica de necrópsia em Medicina Veterinária. pp. 2-6.

Stewart, M. et al., 2004. *Patient-Centered Medicine: Transforming the Clinical Method. Second Edition*. Abingdon: Radcliffe.

Tait, J., 2003. L'évolution des protocoles entourant l'euthanasie. *Canadian Veterinary Journal*, Volume 44, pp. 156-158.

Todd, W. L., Pantenburg, P. D. & M., C. P., 2008. Impact of the Owner-Pet and Client- Veterinarian Bond on the Care That pets Receive. *Journal of the American Veterinary Medical Association*, Volume 232, pp. 531-540.

Williams, S. & Mills, J., 2000. Understanding and responding to grief in companion animal practice. *Australian Veterinary Practitioner*, Volume 30 (2), pp. 55-62.